Aus dem Institut für Forensische
Psychiatrie der Freien Universität Berlin
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. W.Rasch

Alternativen der Begutachtung zur Vermeidung einer strafrechtlichen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

INAUGURAL-DISSERTATION
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
an den Medizinischen Fachbereichen
der Freien Universität Berlin

Vorgelegt von:
Wilfried Polzin
Frankenberg/Eder
1986

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549619_0006

Druck: Copy-Center in Dahlem
Ladenbergstraße 2-4
1000 Berlin 33
Tel. 831 40 25

Aus dem Institut für Forensische
Psychiatrie der Freien Universität Berlin
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. W. Rasch

Alternativen der Begutachtung zur Vermeidung einer strafrechtlichen Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

an den Medizinischen Fachbereichen

der Freien Universität Berlin

Vorgelegt von:

Wilfried Polzin

Frankenberg/Eder

Referent: Prof. Dr. med. Wilfried Rasch

Korreferent: Prof. Dr. med. Hanfried Helmchen

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fachbereiche der Freien Universität Berlin

Promoviert am: 14.06.1985

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
2. Maßregeln der Besserung und Sicherung	3
2.1. Der Gesetzestext	3
2.2. Von der Sicherung zur Besserung	3
3. Psychiatrische Praxis der Besserung und Sicherung	6
3.1. Psychiatrischer Widerstand gegen psychisch kranke Straftäter	6
3.2. Vorbehalte gegen den gesetzlichen Rahmen	14
3.3. Therapiemöglichkeiten und Unmöglichkeiten für Untergebrachte im psychiatrischen Krankenhaus	20
4. Vermeidung der Einweisung nach § 63 StGB - Gesetzliche Möglichkeiten	31
5. Beschreibung des untersuchten Kollektivs	35
5.1. Auswahl der Stichprobe	35
5.2. Methodisches Vorgehen	36
5.3. Angaben zum Personenstand	39
5.4. Bildung und berufliche Tätigkeit	41
5.5. Familiäre Zusammenhänge	42
5.6. Forensische Anamnese	44
5.7. Ergebnisse der Gutachten	51
5.8. Prognostische Beurteilung	57
5.9. Beurteilung der Gutachten hinsichtlich ihrer Aussagen zu Prognose und Therapie	61
6. Prognose; Behandlungsvorschläge - Ihre Voraussetzungen	63
6.1. Möglichkeiten und Grenzen prognostischer Verfahren	63
6.2. Voraussetzungen der Prognose	68

Seite

6.3. Voraussetzungen der Diskussion von alternativen Behandlungsmöglichkeiten zum § 63 StGB 73

6.4. Hintergründe der Vermeidung der Diskussion des § 63 StGB 79

7. Diskussion 86

8. Zusammenfassung 98

Literaturverzeichnis 102

1. Einleitung

Die Möglichkeiten, die Einweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus zu umgehen, sollen auf der Grundlage der Untersuchung des Gutachtenmaterials der Jahrgänge 1980 und 1981 aus dem Institut für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin untersucht werden. Es sollen die Umstände näher betrachtet werden, unter denen die Einweisung eines schuldunfähigen oder vermindert schuldfähigen Straftäters unterbleibt, bzw. ob und wenn ja, welche alternativen Möglichkeiten zur Unterbringung vorgeschlagen werden.
Ferner ist zu untersuchen, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, wenn seitens des Gutachters die Empfehlung zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus gegeben wird.

Betrachtet wurden also zunächst alle Gutachten, die sich mit den §§ 20, 21 StGB befassen. Gutachten, in denen die Schuldunfähigkeit oder die verminderte Schuldfähigkeit ausgeschlossen war, wurden nicht ausgewertet. Ebenso entfielen solche Gutachten, in denen der zur Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit führende psychische Zustand so vorübergehend war, daß er nur für den Tatzeitpunkt Bedeutung hatte.
Die Gutachten, die ausgewertet wurden, mußten folgende Kriterien erfüllen:

1. Die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB mußten erfüllt sein, d. h. der Begutachtete mußte schuldunfähig oder vermindert schuldfähig sein.
2. Der psychopathologische Zustand, mit dem die Schuld unfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit begründet wurde, mußte so dauerhaft sein, daß weitere Delikte aufgrund dieses Zustands möglich schienen.

3. Es mußte die Möglichkeit der Begehung erheblicher Straftaten gegeben sein.
Mit anderen Worten mußten die Kriterien für die Diskussion einer möglichen Anwendung des § 63 StGB erfüllt sein.

Daß die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus nur bei Tätern erfolgen kann, die die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB erfüllen, geht aus dem Text des § 63 StGB (s.u.) hervor. Weniger deutlich wird (aus dem Text des § 63 StGB) der Zusammenhang zwischen dem psychopathologischen Zustand des Täters und den daraus möglicherweise erwachsenden Gefahren im Hinblick auf die Begehung weiterer Straftaten. Schönke-Schröder[1] schreiben in ihrem Kommentar zu § 63 StGB, daß die bloße Wiederholungsmöglichkeit der Begehung weiterer Straftaten nicht ausreiche, sondern daß erhebliche rechtswidrige Taten mit Wahrscheinlichkeit erwartet werden müssen. Der BGH[2] erwähnt in diesem Zusammenhang, daß es nicht primär auf die Gefährlichkeit der begangenen Tat ankomme, sondern auf die Art der Krankheit, die aus sich heraus die Gefährlichkeit zu erwartender Handlungen begründet. Zur Feststellung dieses Kriteriums sollte seitens des Gutachters eine prognostische Aussage in bezug auf die Entwicklung der Krankheit erwartet werden. Zum dritten Kriterium ist zu ergänzen, daß für die Unterbringung nicht die zur Begutachtung führende Straftat erheblich sein muß, sondern es muß lediglich festgestellt werden, daß die Straftat, die zur Begutachtung führte, einen Hinweis auf weitere schwerere Straftaten enthält[3]. Zur Schwere der zu erwartenden Straftat urteilt der BGH[4]: Es ging "bei der Unterbringung in

---

[1] Schönke-Schröder, S. 684

[2] BGH ST5, S. 143

[3] BGH St5, S. 142f.

[4] BGH St 27, 248.

einem psychiatrischen Krankenhaus nur um die Ausschaltung von rechtswidrigen Handlungen, die der Kleinkriminalität zuzurechnen und in ihrem Gewicht eher als bloße Belästigung einzustufen sind. Die mittlere Kriminalität sollte im Gegensatz zu § 66 StGB (Sicherungsverwahrung) miterfaßt sein."
Die Frage nach der Empfehlung des § 63 StGB ist also im wesentlichen an die Erörterung der Voraussetzungen der Kriterien 2 und 3 im psychiatrischen Gutachten geknüpft.

2. Maßregeln der Besserung und Sicherung

2.1. Der Gesetzestext

In der am 1.1.1975 inkraftgetretenen Neufassung des Strafgesetzbuchs lautet der § 63:
"Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Hat jemand eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21) begangen, so ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus an, wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, daß von ihm infolge seines Zustands erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist.
Das Gericht ordnet jedoch die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt an, wenn die Voraussetzungen des § 65 Abs. 3 vorliegen."

2.2. Von der Sicherung zur Besserung

Bis zum 1.1.1975 wurde das sog. Maßregelrecht überschrieben mit dem Titel "Maßregeln der Sicherung und Besserung". Seit dem 1.1.1975, nach dem 2. Straf-

rechtsreformgesetz, werden die entsprechenden Gesetze mit dem Titel "Maßregeln der Besserung und Sicherung" überschrieben.

Mit dieser Umstellung sollte demonstriert werden, daß die Resozialisierung des Straffälligen gegenüber der Sicherung der Allgemeinheit vor seinen Taten der vorrangige Zweck der Verhängung einer Maßregel ist. Das deutsche Strafgesetzbuch kennt neben den reinen Strafmaßnahmen das System von Besserungs- und Sicherungsmaßregeln seit dem 24. November 1933 durch das "Gesetz gegen gefährliche Gewohnheitsverbrecher und über Maßregeln der Sicherung und Besserung", welches im wesentlichen auf Vorarbeiten aus der "Weimarer Zeit" basiert[1].
Diese Gesetze hatten Bestand in den §§ 42a ff. StGB bis zum 31.12.1974. Der § 42b lautete in der Fassung des alten Strafgesetzbuches:
"1) Hat jemand eine mit Strafe bedrohte Handlung im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit (§ 51 Abs. 1, § 55 Abs. 1) oder der verminderten Zurechnungsfähigkeit (§ 51 Abs. 2, § 55 Abs. 2) begangen, so ordnet das Gericht seine Unterbringung in einer Heil- oder Pflegeanstalt an, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert. Dies gilt nicht bei Übertretungen.
2) Bei verminderter Zurechnungsfähigkeit tritt die Unterbringung neben die Strafe."
Wenn auch die Unterschiede im Wortlaut des § 42b a.F. StGB und des § 63 n.F. StGB gering sind und das Primat der Besserung gegenüber der Sicherung wenig zum Ausdruck bringen, so zeigen doch neueingeführte Maßregeln wie der § 65 StGB (Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt), der § 67 StGB (Vorwegvollzug der Maßregel vor der Strafe), der § 67a StGB (Überweisung in den Vollzug

[1] Häger-Hofferberth, S. 5.

einer anderen Maßregel, der § 67b StGB (Aussetzung zugleich mit der Anordnung) und der § 68 StGB (Führungsaufsicht) eine Tendenzwende an, die sich stärker an der Resozialisierung des Straffälligen orientiert.
Zweifel an der Ernsthaftigkeit der Umsetzung des Resozialisierungsgedankens werden allerdings genährt durch den Umstand, daß die Inkraftsetzung des § 65 StGB durch mehrmaliges Aufschieben zunächst bis zum 1.1.1978 und erneut bis zum 1.1.1985[1] immer weiter hinausgezögert wird. Angesichts des Mangels an finanziellen Mitteln und therapeutischem Personal, scheinen Zweifel an der Verwirklichung des sozialtherapeutischen Konzepts geboten.[2]
Wie zögernd sich der Gedanke der Spezialprävention im Sinn der Maßregeln der Besserung und Sicherung durchsetzen konnte, zeigt der lange Weg bis zum 2. Strafrechtsreformgesetz. Der erste Versuch einer Reform des bis dahin wenig verändert geltenden Strafgesetzbuchs für das Deutsche Reich vom 15.5.1871, wurde von der großen Strafrechtskommission in den Jahren 1954 bis 1959 unternommen und in einem amtlichen Entwurf von 1962 veröffentlicht. Da es diesem Entwurf jedoch an einer "modernen kriminalpolitischen Konzeption"[3] fehlte, wurde er zunehmend kritisiert. Neue Anregungen erhielt das Reformwerk durch einen Alternativentwurf, der 1966 von einem Arbeitskreis deutscher und schweizerischer Strafrechtslehrer veröffentlicht wurde. Dieser Alternativentwurf betonte neben dem Rechtsgüterschutz vor allem die Resozialisierung des Straffälligen[4].

---

[1] Baur, F., S. 39.

[2] Rasch, W. 1982, Behandlungsvollzug oder Sozialtherapie, S. 131.

[3] Schönke-Schröder, S. 1.

[4] Baumann, J., S. 3.

Die Verarbeitung eines Teils des Gedankenguts aus diesem Alternativentwurf durch den Sonderausschuß für Strafrechtsreform des Bundestags führte schließlich zur Neufassung des allgemeinen Teils des Strafgesetzbuchs im 2. Strafrechtsreformgesetz.
Baumann formuliert das Ergebnis des Strafgesetzbuchs nach dem 2. StrRG wie folgt: "Zieht man das Fazit aus den ersten beiden Reformgesetzen, so darf man sagen, daß der Akzent gegenüber dem bisherigen Rechtszustand sich stärker auf die Resozialisierung verlagert hat. Der Resozialisierungsgedanke ist stärker als im bisher geltenden Recht durchgedrungen, freilich immer wieder durch Generalklauseln eingeengt, die einem allzu starken Verlust von Generalprävention vorbeugen wollen (ein Weg, den wir nicht für glücklich halten)"[1].

3. Psychiatrische Praxis der Besserung und Sicherung

3.1. Psychiatrischer Widerstand gegen psychisch kranke Straftäter

Betrachtet man die psychiatrische Praxis der Besserung oder Sicherung psychisch kranker Straftäter, stößt man immer wieder auf den Konflikt, den die unterschiedlichen Erfordernisse der Besserung einerseits und der Sicherung andererseits hervorrufen. Ansätze seitens der Psychiater, diesen Konflikt im Sinn des psychisch kranken Straftäters zu lösen, d. h. im Sinn seines gesetzlich fixierten Anspruchs auf Besserung[2], finden sich selten. Im Vordergrund steht

---

[1] Baumann, J., S. 9.

[2] S. § 136 StVollzG: "Die Unterbringung eines psychisch kranken Rechtsbrechers richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten."

die Ablehnung vor allem des vermindert schuldfähigen Straftäters, des sog. Psychopathen.
Es fehlt nicht an Argumenten, die seitens der Psychiater ins Feld geführt werden, um den vermindert schuldfähigen Straffälligen aus der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus herauszunehmen. So beschreiben Müller und Hadamik die gemeinschaftliche Unterbringung von psychisch abnormen Rechtsbrechern aller Kategorien "mit psychisch Kranken, die nur zur Behandlung in die psychiatrischen Krankenhäuser eingewiesen werden" als Störfaktor "ersten Ranges"[1]. Sie beklagen die große Zahl der vermindert schuldfähigen untergebrachten Straftäter und sind der Ansicht, daß es nicht vertretbar sei, diese Gruppe, nachdem sie ihre normale Haftstrafe verbüßt habe, im Kreis psychisch Kranker unterzubringen, da die vermindert Schuldfähigen selbst nicht psychotisch seien und aus diesem Grunde klinisch-therapeutische Maßnahmen für sie nicht in Betracht kämen[2].
Müller und Hadamik liefern in ihrer Studie die Zahlen, die die Gefährlichkeit psychisch kranker Rechtsbrecher unterstreichen sollen. Allerdings belasten diese weniger die sog. Psychopathen als die psychotischen, hirnorganisch geschädigten, anfallskranken und die oligophrenen Patienten.

Demgegenüber stehen Untersuchungen von Böker und Häfner[3], über Gewalttaten Geistesgestörter. Diese Studie stellt fest: "Wenn man die Gefährlichkeit Geistesgestörter definiert als die relative Wahrscheinlichkeit, eine Gewalttat zu begehen, so hat sich an unseren Ergebnissen gezeigt, daß sie die Gefährlichkeit der strafmündigen Bevölkerung

---

[1] Müller, H. W., Hadamik, W., S. 67f.

[2] ebd., S. 72.

[3] Böker, W., Häfner, H., S. 234.

als Gesamtheit nicht wesentlich übersteigt... Es ist nicht notwendig und nicht gerechtfertigt, einen großen Teil Geistesgestörter wegen erhöhter Gefahr der Gewalttätigkeit grundsätzlich unter verschärfter Kontrolle zu behandeln."[1]

Allerdings muß einschränkend gesagt werden, daß diese Studie nicht an einem Kollektiv erhoben wurde, das bereits einmal wegen eines Delikts rechtsauffällig geworden war. Neben dem Problem der Gefährlichkeit des psychisch kranken Straftäters, das Müller und Hadamik aufgrund der Gefährdung anderer psychisch kranker Patienten und der Gefährdung des therapeutischen Personals ganz in den Vordergrund rücken, muß nochmals auf die Ablehnung der Behandlung sog. psychopathischer Rechtsbrecher eingegangen werden.
Rasch spricht von der therapeutischen Verweigerung der Psychiater gegenüber den Psychopathen, da ihr Verhalten als Variation, Aberration oder Modifikation aus psychiatrischer Sicht beurteilt werde[2]. Er sieht als Auswirkung dieser Einschätzung der Psychopathie eine Begutachtungspraxis bezüglich der Schuldfähigkeit, die dahin tendiert, den Psychopathen volle Zurechnungsfähigkeit zu bescheinigen, um der Möglichkeit der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus von vornherein aus dem Weg zu gehen.
In diesem Sinn schreibt Ehrhardt[3]: "Ist es verwunderlich, wenn der Direktor eines psychiatrischen Krankenhauses bei der Feststellung der Voraussetzungen des § 51 Abs. 2 StGB zögert, weil er genau weiß, daß sein Ja zur Unterbringung dieses Psychopathen in seiner Krankenanstalt führt?"
Rasch führt weiter aus, daß es dem Psychiater aber nicht um die Befreiung der Psychopathen gehe, sondern allein um deren Absonderung in Spezialabteilungen. "Das immer wieder

---

[1] Böker, W., Häfner, H., S. 234.

[2] Rasch, W. 1982, Angst vor der Abartigkeit, S. 7 ff.

[3] Ehrhardt, H., S. 386.

vorgebrachte Hauptargument war, daß es den "schuldlosen Kranken"[1] nicht zugemutet werden könne, gemeinsam mit Verbrechern untergebracht zu werden."[2]
In seinem Beitrag zum Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin[3] schreibt Rasch: "Man hat sogar die Auffassung vertreten, es sei bei bestimmten Psychopathen aus erzieherischen Gründen zweckmäßiger, trotz Annahme erheblich verminderter Zurechnungsfähigkeit eine schärfere Strafe zu verhängen." Und äußert sich weiter im Sinn von Ehrhardt: "Für die Situation in Deutschland ist bezeichnend, daß in Veröffentlichungen wie in einzelnen Gutachten offen ausgesprochen wird, daß man von der Annahme erheblich verminderter Zurechnungsfähigkeit bei Psychopathen deswegen zurückschreckt, weil die Konsequenz in ihrer Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt liegen würde. Die Landeskrankenhäuser sind hierauf nicht eingerichtet."
Moser geht noch einen Schritt weiter, wenn er die Therapieverweigerung seitens der Psychiater gegenüber den Psychopathen als "Pakt" zwischen Psychiatern und Juristen bezeichnet, der dazu diene, den Psychopathen der Justiz als Opfergabe darzubieten, für die Konflikte, die aus der Einmischung des forensischen Psychiaters in die Justiz entstehen[4]. Er bezeichnet das Festhalten der Psychiater am vorwiegend medizinischen Krankheitsbegriff bei der Zuerkennung der Exkulpationsmerkmale als "Identifikation und Überindentifikation mit einer konservativen Strafrechtsordnung"[5]. Rasch hält dem entgegen: "Man könnte darauf

---

[1] hervorgehoben von Rasch

[2] Rasch, W. 1982, Angst vor der Abartigkeit, S. 9.

[3] Rasch, W., 1967, S. 64.

[4] Moser, T.

[5] ebd.

hinweisen, daß sich die Psychiater in foro oft genug dem Vorwurf ausgesetzt haben, einen Täter mit verzeihendem Verstehen der gerechten Strafe[1] zu entziehen"[2]. Er fährt fort, indem er wieder auf die mangelnde Therapiebereitschaft oder die mangelnden Therapieangebote in der psychiatrischen Praxis zu sprechen kommt: "Von Bedeutung dürfte auch eine Art Überkompensation von Ärzten sein, die ihr Angesprochensein durch die Hilfsbedürftigkeit eines Täterkreises übertönen sollte, für deren Behandlung sie keine Methoden kannten, während sie gleichzeitig nicht bereit waren, ihre Monopolstellung im Gerichtssaal aufzugeben."[3]
Auch Albrecht sieht den Hauptgrund der Ablehnung vermindert schuldfähiger Straftäter im mangelnden Therapieangebot in der herkömmlichen psychiatrischen Krankenanstalt. "Da eine sachgerechte Behandlung und Resozialisierung mit den der Anstalten zur Verfügung stehenden Mitteln regelmäßig nicht durchführbar sind, bedeutet selbst nach Ansicht vieler Psychiater die Unterbringung vor allem der vermindert schuldfähigen Delinquenten mit geistigen Behinderungen, Neurosen, Psychopathien oder sexuellen Verhaltensstörungen eine nicht zu verantwortende Belastung für die Krankenanstalten."[4]
Der psychiatrische Widerstand gegen schuldunfähige und vor allem vermindert schuldfähige Straftäter brachte verschiedene Modelle hervor, um die psychiatrischen Krankenhäuser von den Zwangspatienten zu entlasten.
Der Gedanke der Abschiebung psychisch kranker Rechts-

---

[1] hervorgehoben von Rasch.

[2] Rasch, W. 1971, S. 286.

[3] ebd.

[4] Albrecht, P.-A., S. 117.

brecher wird am deutlichsten von Panse[1] ausgesprochen. Er bezeichnet die Unterbringung von "psychiatrischen Grenzfällen", die weder für die Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus noch für den allgemeinen Strafvollzug tauglich sind, in abgelegenen Sonderanstalten mit dem Charakter landwirtschaftlicher Kolonien als die geeignetste Möglichkeit. Panse betont, daß diese Sonderanstalten institutiv sowohl vom Strafvollzug als auch von psychiatrischen Krankenhäusern abzusetzen seien.
Müller und Hadamik knüpfen an den Gedanken des Abschiebens psychisch kranker Delinquenten an, wenn sie im Hinblick auf Behandlungsmethoden, wie die Kastration von Sexualdelinquenten fordern: "Die heutige Psychiatergeneration sollte deshalb alles von ihren Krankenhäusern fernhalten, was auch nur andeutungsweise gewisse Assoziationen an jene Zeit (die Zeit des Nationalsozialismus)[2] wecken könnte."[3] Sie sehen die Unterbringung von nicht-psychotischen Delinquenten im psychiatrischen Krankenhaus aufgrund der mangelnden Therapierbarkeit dieser Personen als Doppelbestrafung und fordern die Unterbringung in Bewahranstalten des Strafvollzugs. Hier stellt sich natürlich die Frage, welche Art der Doppelbestrafung von nicht-psychotischen Untergebrachten Delinquenten härter erfahren würde, die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus, in dem der Psychiater seine Nichtzuständigkeit und Hilflosigkeit demonstriert, oder die Unterbringung in Bewahranstalten, in der die Zielsetzung der Unterbringung, der öffentlichen Sicherheit genüge zu tun, von vornherein klargestellt ist. Mende[4] sieht grundsätzlich zwei Alternativen für die Unterbringung nicht-psychotischer, psychisch gestörter Rechtsbrecher.

---

[1] Panse, F.
[2] Eingefügt vom Verfasser
[3] Müller, H.- W., Hadamik, W., S. 72.
[4] Mende, W., 1977, S. 251.

"1. Die Unterbringung in Forensisch-psychiatrischen Spezialabteilungen, welche örtlich und institutionell getrennt, aber administrativ an ein Psychiatrisches Krankenhaus angebunden sind;
2. Die Unterbringung in völlig getrennten Sonderanstalten mit der ausschließlichen Aufgabe der Behandlung von psychisch gestörten Rechtsbrechern."
Mende rückt zwar den therapeutischen Anspruch dieses Personenkreises in den Vordergrund, muß aber auch erkennen, daß die Schaffung von Sonderanstalten allein nicht genügt, sondern auch Behandlungskonzepte für diese Anstalten zur Verfügung stehen müssen.
Diskussionen um die institutionelle Zuständigkeit verdeutlichen, inwieweit Psychiater gewillt sind, sich der psychisch gestörten Rechtsbrecher anzunehmen, zeigen aber auch mit welcher Vordergründigkeit um diesen Personenkreis verhandelt wird. Vielleicht sollte die Auseinandersetzung um psychisch kranke Rechtsbrecher von den Behandlungskonzepten und -möglichkeiten ausgehen, wenn - und das stellt die heutige Rechtssprechung nicht in Frage - eines der Ziele der Behandlung psychisch gestörter Rechtsbrecher die Besserung ist (s. § 136 StVollzG).
Geht man diesen Weg, stellt sich z. B. die Frage, ob Spezialanstalten, die nach der derzeitigen Zahl der unterzubringenden psychisch kranken Rechtsbrecher Zentralanstalten für größere Einzugsgebiete sein müßten, der Resozialisierung eines psychisch Gestörten dienlich sein können, wenn ihn die Unterbringung für Jahre aus seinem sozialen Umfeld herausreißt.
Ritzel[1] betont, daß die Rechtsstellung nach dem § 123 des neuen Strafvollzugsgesetzes nun im Sinn der Zuständigkeit der Psychiatrie geklärt sei und folgert daraus, daß die Unterbringungsanstalten umzuorganisieren seien, in Rich-

---

[1] Ritzel, G. 1975, S. 188.

tung von Spezialabteilungen bzw. Funktionsbereichen zur Behandlung psychisch gestörter Rechtsbrecher, die administrativ und institutionell ans psychiatrische Krankenhaus anzubinden seien.
Hier steht also der Behandlungsauftrag im Vordergrund, so daß nicht mehr versucht wird, durch vordergründige Diskussionen über die institutionellen Schwierigkeiten psychisch kranke Rechtsbrecher in Sonderanstalten abzuschieben.

Es muß versucht werden, und Ansätze dazu sind bei Ritzel zu erkennen, den Behandlungsauftrag zu sehen und anhand des neuen Patientenkreises Behandlungskonzepte neu zu entwickeln, sofern deutlich wird, und darin sind sich viele Psychiater einig, daß die bisherigen Behandlungskonzepte der Psychiatrie nicht ausreichen, um den psychisch gestörten Rechtsbrecher zu resozialisieren.
Zur Klärung der Rechtsstellung psychisch kranker Delinquenten schreibt Venzlaff, dessen Aussage als Résumé der oben skizzierten Diskussion betrachtet werden kann: "Der untergebrachte, psychisch kranke Rechtsbrecher wird nunmehr ausschließlich die Rechtsstellung eines psychisch Kranken haben. Somit besteht auch keine Aussicht auf eine Verwirklichung der von den Krankenhausträgern in den letzten Jahren mehrfach erhobenen Forderung, diesen Personenkreis in justizeigenen Anstalten unterzubringen. Diese klare Entscheidung entspricht in ihrer Konsequenz dem rechtsstaatlichen Prinzip, daß dem Schuldunfähigen keinerlei strafrechtliche Sanktionen zugefügt werden dürfen, und mit der Unterbringung keine schwereren Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte erfolgen sollen als aus Krankheitsgründen notwendig. Es ist zu begrüßen, daß die dargestellte rechtliche Situation die Krankenhauspsychiatrie zwingt, sich auf den primär therapeutischen Auftrag bei diesem Personenkreis zu besinnen, womit hoffentlich frühere Konzepte über "Psychopathenanstalten"

oder Verwahrhäuser endgültig zu Grabe getragen sein werden."[1]

3.2. Vorbehalte gegen den gesetzlichen Rahmen

Die gesetzlichen Richtlinien bestehen neben den eigentlichen Gesetzen zur Besserung und Sicherung des Strafgesetzbuchs im wesentlichen aus zwei weiteren Paragraphen des Strafvollzugsgesetzes. Es heißt im § 136 StVollzG:
"Die Behandlung des Untergebrachten in einem psychiatrischen Krankenhaus richtet sich nach ärztlichen Gesichtspunkten. Soweit wie möglich soll er geheilt oder sein Zustand soweit gebessert werden, daß er nicht mehr gefährlich ist. Ihm wird die nötige Aufsicht, Betreuung und Pflege zuteil." Und weiter im § 138 StVollzG:
"Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder in einer Entziehungsanstalt richtet sich nach Landesrecht, soweit Bundesgesetze nichts anderes bestimmen."
Solche landesgesetzlichen Regelungen fehlen bislang aber weitgehend. In Schleswig-Holstein existiert ein "Gesetz für psychisch Kranke", das Regelungen zur Ausführung des Maßregelvollzugs enthält[2]. In Niedersachsen trat am 1.10.1982 ein Maßregelvollzugsgesetz in Kraft[3].
Da keine Bundesgesetze zur Regelung des Maßregelvollzugs existieren, müssen Psychiater im Bereich

---

1 Venzlaff, U., 1974, S. 228f.
S. a. Müller-Dietz, H., S. 146.

2 S. §§ 33-35 des Schleswig-Holsteinischen Gesetzes für psychisch Kranke (PsychKG) v. 26.3.79.

3 Nds. MVollzG v. 1.10.1982.

der Arbeit mit psychisch kranken Rechtsbrechern zum Teil im gesetzesleeren Raum arbeiten. Es kann und darf dem Psychiater nicht darum gehen, in einem Maßregelvollzugsgesetz detaillierte Angaben zu seinem Vorgehen in der Therapie zu erwarten und mit den Klagen über das Fehlen eines solchen Gesetzes seine therapeutischen Unzulänglichkeiten zu überdecken. Allerdings muß ein Maßregelvollzugsgesetz Unklarheiten in der rechtlichen Stellung des Untergebrachten beseitigen und sicherstellen, daß die vorhandenen therapeutischen Möglichkeiten zur Resozialisierung des Untergebrachten, die einen Kontakt in Freiheit mit der Gesellschaft implizieren, nicht durch übertriebenes Sicherungsbedürfnis zu therapeutischen Unmöglichkeiten werden.

Im Folgenden seien einige Behinderungen durch die momentane gesetzliche Situation genannt, die die Forderung nach Maßregelvollzugsgesetzen erklären.

So nennt Venzlaff[1] als eines der bedeutsamsten Hindernisse zur Resozialisierung des Untergebrachten die fehlenden Regelungen über eine "extramurale" Therapie. Hierunter fallen Therapiemöglichkeiten, wie die Arbeit in externen Werkstätten, Sportveranstaltungen, Veranstal tungen in Sozialzentren, der Ausgang mit Angehörigen, Urlaubsmöglichkeiten, therapeutische Reise- und Ausflugsveranstaltungen, Ermöglichung eines Arbeitsverhältnisses außerhalb der Therapie-Einrichtung. Für alle diese Maßnahmen zur schrittweisen sozialen Wiedereingliederung fehlt z. Zt. dem behandelnden Arzt in der Mehrzahl der Bundesländer der Freiheitsspielraum. Gewährt aber der Arzt dem Untergebrachten ähnliche Vollzugslockerungen, macht er sich sogar der Gefangenenbefreiung im Sinn des

---

[1] Venzlaff, U. 1981, S. 16.

§ 120 Abs. 4 StGB strafbar[1]. Um eine effektive Therapie mit dem Ziel der Resozialisierung zu betreiben, bleibt dem Psychiater die Möglichkeit, seinen Patienten zu motivieren, über den Gnadenweg solche Vollzugslockerungen zu beantragen. Die Begehung des Gnadenwegs zur Erreichung einer effektiven Therapie stellt nicht nur das therapeutische Primat des Maßregelvollzugs aufgrund seiner Umständlichkeit und Langwierigkeit in Frage (um einen Weihnachtsurlaub rechtzeitig zu erhalten, muß das Gesuch bereits im Sommer gestellt werden), sondern es erhebt sich auch die Frage, warum der behandlungsbedürftige Untergebrachte schlechter gestellt ist als Strafgefangene, die sich auf ihre Rechte im Strafvollzugsgesetz berufen können.

Venzlaff und Schreiber[2] weisen auf die Absurdität des Gnadenwegs für schuldunfähige bzw. vermindert schuldfähige Straftäter hin. "Beim exkulpierten und teilexkulpierten Täter, geht es aber gar nicht oder nicht primär um Schuld-, sondern ausschließlich bzw. vorrangig um Besserungs- und Sicherungsaspekte. Ärztlich vertretbare Lockerungen im Maßregelvollzug betreffen keine Schuldfragen und damit nicht das Strafbedürfnis und den Strafanspruch der Gesellschaft, sondern ihr Sicherheitsbedürfnis vor zwar unschuldigen aber gefährlichen Menschen, insoweit den Besserungs-, d. h. therapeutischen Auftrag. Dieser umschreibt die Pflicht gegenüber dem Kranken. Für Gnade ist also dort per se kein Raum, wo nichts Zurechenbares begangen worden ist."
Gnade impliziert Schuld und die ist gerade bei den im psychiatrischen Krankenhaus Untergebrachten nicht vor-

---

[1] Venzlaff, U. 1981, S. 23.
[2] Venzlaff, U., Schreiber, H.-L. 1981, S. 196.

handen bzw. vermindert, so daß sich aus dieser Tatsache die Forderung nach der Klärung der Rechtsposition des untergebrachten psychisch kranken Straftäters ergibt.
Weiter beschreibt Venzlaff[1] die Belastungen des Arzt-Patient-Verhältnisses durch die Praxis des Gnadenwegs. Sie stört nach seiner Ansicht das Arzt-Patienten-Verhältnis durch ihre Undurchsichtigkeit und dadurch, daß der Patient im Fall der Ablehnung des Gesuchs in Zweifel darüber gerät, inwieweit der Arzt an dieser ungünstigen Entscheidung mitbeteiligt ist.
Ein weiteres Problem sieht Venzlaff in der fehlenden Regelung über die Einschränkung von Grundrechten beim untergebrachten Patienten. "Man muß berücksichtigen, daß durch die Bestimmungen des § 63 StGB ja gewissermaßen eine negative Auslese psychisch kranker Rechtsbrecher in den Maßregelvollzug kommt, die zumindest in der Anfangsphase der Behandlung als erheblich gefährlich anzusehen sind, so daß mitunter wesentlich einschneidendere Einschränkungen von Freiheitsgraden und Grundrechten erforderlich werden können, als im klinischen Bereich."[2] Inwieweit die Behandlung psychisch Kranker die Einschränkung von Grundrechten erfordert, sei hier dahingestellt, es muß aber überlegt werden, ob eine Regelung über die Einschränkung von Grundrechten im Rahmen der Unterbringung nicht der vollständigen Entmündigung psychisch Kranker entgegenwirken könnte.
Die oben genannten Einwände gegen fehlende gesetzliche Regelungen im Maßregelvollzug sind nicht ohne Reaktion geblieben. So wurde Anfang 1976 vom "Ständigen Arbeitskreis der Psychiatriereferenten des Bundes und der Länder" der Beschluß zur Bildung einer Arbeitsgruppe aus Psychiatern und Juristen gefaßt, zur Ausarbeitung eines

---

[1] Venzlaff, U. 1981, S. 20.

[2] Venzlaff, U. 1981, S. 15f.

Rahmenentwurfs eines Maßregelvollzugsgesetzes. Dieser Entwurf liegt vor. Er gliedert sich in sieben Titel:
1. Anwendungsbereiche, Unterbringungsbehörden, Organisation.2. Grundsätze, Planung und Gestaltung des Vollzugs.
3. Gesundheitspflege.
4. Religionsausübung.
5. Sicherheit und Ordnung.
6. Unmittelbarer Zwang.
7. Einschränkung von Grundrechten, Inkrafttreten.[1]

Dieser Entwurf, der ausführlich auf den Therapieablauf Bezug nimmt, in § 13 des Entwurfs die Forderung nach der Aufstellung eines sofortigen Behandlungsplans, in § 14 die Forderung nach individueller Behandlung, in § 15 der Hinweis auf die Zurverfügungsstellung psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeiten, ist in seiner Ausführlichkeit nicht unwidersprochen geblieben. Heinze[2] schränkt zwar selbst ein, daß Kritiker den Entwurf möglicherweise als zu perfektionistisch abtun könnten, weist aber darauf hin, "daß die noch vorhandenen Mißstände nicht durch pauschale unverbindliche Absichtserklärungen, sondern nur durch konkrete, für jedermann verständliche Rechtsverpflichtungen beseitigt werden können."
Ein Kritiker der Ausführlichkeit dieses Entwurfs ist Drost[3]. Er begrüßt zwar den Rahmenentwurf als solchen, warnt aber, dem Krankenhausträger jedwede Gestaltungsmöglichkeit unterhalb des Gesetzes zu nehmen. Ferner sieht er die Gefahr, daß ein zu sehr behandlungsorientiertes Maßregelvollzugsgesetz sich angesichts der therapeutischen Unsicherheit in der forensischen Psychiatrie möglicherweise gar nicht verwirklichen lasse.

---

[1] Heinze, H., S. 79f.

[2] Heinze, H. S. 83.

[3] Drost, B.-U., S. 35.

Bei diesem Einwand muß daran erinnert werden, daß Forderungen nach einem therapeutisch effektiveren Maßregelvollzug die Berechtigung nicht abzusprechen ist, allerdings sollte mit einem Maßregelvollzugsgesetz kein Gesetz geschaffen werden, daß ähnlich dem § 65 StGB über die sozialtherapeutischen Anstalten an seiner Realisierbarkeit scheitert und seine Streichung erwartet. Drost[1] schlägt demgegenüber vor, sich auf drei Problembereiche zu beschränken: 1. Regelung grundrechtsrelevanter Eingriffstatbestände (z. B. Briefzensur, Zwangsmedikation etc.). 2. Regelung bestimmter Rechtspositionen der Patienten im Bereich des Sozialrechts und der Sozialversicherungen. 3. Regelung in den Bereichen Beschwerden, Rechtschutz und Organisations- und Kostenfragen. Als Beispiel für die Maßregelvollzugsgesetzgebung in den Bundesländern sei das Niedersächsische Maßregelvollzugsgesetz genannt. Es trat am 1.10.82 in Kraft[2]. Es gliedert sich in vier Teile:
1. Anwendungsbereich, Grundsätze, Organisation.
2. Untersuchung, Behandlung und Förderung.
3. Hausordnung, Beschränkungen, Sicherheit und Ordnung.
4. Schlußvorschriften.

In seinen Inhalten berücksichtigt dieses Gesetz weitgehend die oben zitierten Hemmnisse des Maßregelvollzugs. In seiner Ausführlichkeit bezüglich der Behandlung kommt es dem von Heinze vorgestellten Entwurf sehr nahe. Inwieweit dieses Maßregelvollzugsgesetz die Behandlung des Untergebrachten verbessert, bleibt abzuwarten. Es ist aber zu begrüßen, daß zumindest in einigen Bundesländern der gesetzliche Rahmen der Therapie der nach § 63 StGB Untergebrachten klar abgesteckt ist. Neben der Diskussion um die Inhalte der gesetzlichen Grundlage des

---

[1] Drost, B.-U., S. 31.

[2] Nds. MVollzG v. 1.10.82.

Maßregelvollzugs steht die Auseinandersetzung um ihre Form. So sieht Müller-Dietz[1] durch die Gesetzgebung in Form von Maßregelvollzugsgesetzen wie z. B. in Niedersachsen und Hessen den Maßregelvollzug in die Nähe des Strafvollzugs gerückt. Die gesetzliche Ausgestaltung des Maßregelvollzugs in den allgemeinen Unterbringungsgesetzen (PsychKGs) wie z. B. in Schleswig-Holstein betont nach seiner Ansicht den psychiatrischen Aspekt der Unterbringung. Es bleibt dennoch die Aufgabe des Psychiaters, diesen gesetzlichen Rahmen mit Behandlungskonzepten auszufüllen, um das angestrebte Ziel der weitgehenden Besserung oder Heilung zu erreichen.

3.3. Therapiemöglichkeiten und Unmöglichkeiten für Untergebrachte im psychiatrischen Krankenhaus

Eine zentrale Stellung in der Beschreibung der Durchführung der Maßregeln der Besserung und Sicherung im psychiatrischen Krankenhaus muß die Darstellung des Therapieangebots und der Therapiemöglichkeiten einnehmen. Im Vordergrund der Beurteilung der Therapiemöglichkeiten muß der Behandlungserfolg stehen, der sich am Grad der Resozialisierung des Untergebrachten mißt, denn die Besserung ist das in den Vordergrund gerückte Ziel des § 63 StGB.
Untersuchungen zu diesem Thema kommen zu dem Schluß, daß die medikamentöse Therapie ganz im Vordergrund der Behandlung steht[2]. Zwar kommt der

---

[1] Müller-Dietz, H., S. 147.

[2] Albrecht, P.-A., S. 116.

medikamentösen Behandlung unangefochtene Berechtigung zu, z. B. bei der Behandlung endogener Psychosen, dennoch steht auch bei anderen Krankheitsdiagnosen, wie z. B. bei Schwachsinn, die medikamentöse Therapie im Vordergrund[1], wo sozialpädagogischer Behandlung größerer Raum zugemessen werden müßte. Albrecht[2] erklärt diesen Umstand mit unzureichender personeller Besetzung der Therapieeinrichtungen. So dient die medikamentöse Therapie häufiger der Bewahrung des Untergebrachten, als der Absicht, durch diese Therapie eine baldige Entlassung herbeizuführen.

Zum einen wird also das Fehlen einer genügenden Anzahl therapeutischen Personals beklagt, zum anderen seine mangelnde fachliche Qualifikation. Klagen von Baur[3] über das untherapeutische Vorgehen des Personals beziehen sich auf die willkürliche Anwendung von Sanktionsmaßnahmen, wie den Entzug persönlicher Sachen, die Isolation etc. Diese Sanktionsmaßnahmen sind geeignet, den Patienten noch weiter in die Unselbständigkeit zu führen, statt ihn zu eigener Verantwortung zu erziehen. So knüpft sich an die Beschreibung der vom Pflegepersonal ausgeübten Sanktionsmaßnahmen, die von ärztlicher Seite scheinbar geduldet werden, die Folgerung, daß die Therapie im psychiatrischen Krankenhaus nicht unbedingt die spätere Entlassung des Untergebrachten intendiert, sondern oft nur darauf ausgerichtet ist, den Untergebrachten an die soziale Norm des Krankenhauses anzupassen. Hier schließt sich der Kreis, der bei den quantitativen und qualitativen Mängeln der Therapiemöglichkeiten im psychiatrischen Krankenhaus seinen Anfang nahm. Es geht also häufig nur darum, den Patienten mit dem Ziel zu "thera-

---

[1] Albrecht, P.-A., S. 116.

[2] ebd.

[3] Baur, F. S. 36

pieren", daß der Ablauf des Geschehens im Krankenhaus möglichst ungestört stattfinden kann; das Therapieziel Resozialisierung wird durch Hospitalisierung ersetzt. Zitate bei Albrecht[1] zeigen die Genügsamkeit einiger Psychiater hinsichtlich ihres Therapieziels. Die Hospitalisierung scheint in diesen Fällen das einzig Erreichbare zu sein.
In einem Gutachten über einen geistig Behinderten (Diagnose: leichter Schwachsinn):
"... Da der Kranke, der nun schon jahrelang mit Psychopharmaka behandelt wird, immer noch in häufige Konflikte mit seiner Umwelt gerät, haben wir uns mit unserer Therapie lediglich das Ziel setzen können, ihn an die sozialen Normen eines psychiatrischen Krankenhauses anzupassen." In einem Gutachten über einen bereits 24 Jahre lang hospitalisierten Sexualdelinquenten mit der psychiatrischen Diagnose leichter Schwachsinn, heißt es im Hinblick auf eine mögliche Entlassung: "Der Patient ist aber psychisch und physisch schon soweit vorgealtert, daß selbst vor Jahren erlernte Verhaltensweisen nicht mehr reproduziert werden können, so daß es durchaus denkbar ist, daß er im Falle einer sexuellen Verlockung seinen unmittelbaren Impulsen folgen würde, ohne sich der Handlung bewußt zu werden. Der Patient scheint sich auch auf der Altenstation, auf der er jetzt untergebracht ist, mit seinen zwei langjährigen Freunden, die für ihn sorgen, wohlzufühlen. Es ist tatsächlich die Frage zu stellen, ob man jemals eine Unterbringung in einem offenen Heim bedenken sollte, da sie für den Patienten wahrscheinlich nur eine räumliche Verbesserung bringen würde, doch nicht

---

[1] Albrecht, P.-A., S. 118.

eine Verbesserung seiner gesamten Lebenssituation. Aus den genannten Gründen wird ärztlicherseits eine Entlassung nicht befürwortet."
So zynisch diese Stellungnahme auch klingen mag, so ist ihr doch insofern beizupflichten, als eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses nach 24-jähriger Unterbringungsdauer ein wohl aussichtsloses Unterfangen bleiben muß. Die Frage ist doch aber, warum der Zeitpunkt verpaßt wurde, zu dem eine Wiedereingliederung noch sinnvoll und möglich war. Vorausgeschickt seien einige Zahlen zur Unterbringungsdauer psychisch Kranker Rechtsbrecher.
Albrecht[1] gibt in seiner Untersuchung eine durchschnittliche Unterbringungsdauer von 11,8 Jahren an. Die Psychiatrie-Enquête[2] gibt an, daß ein Drittel aller in der BRD in psychiatrischen Krankenhäusern Untergebrachten länger als 10 Jahre dort untergebracht ist.

Eine Untersuchung von Bergener[3] weist aus, daß im Bereich der Rheinischen Landeskliniken zwei Drittel der untersuchten Population (650 Personen) länger als 5 Jahre untergebracht waren. Die Untersuchung von Häger-Hofferberth[4] gibt an, daß 1972 in West-Berlin ca. 30% des von ihr untersuchten Kollektivs (146 Personen) länger als 5 Jahre, bis zu 20 Jahren, untergebracht waren. Die von Ritzel erhobenen Zahlen zur Unterbringungsdauer liegen unter den bisher aufgeführten. Er stellt fest, daß rund

---

[1] Albrecht, P.-A., S. 113

[2] Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik, S. 118f.

[3] Bergener, M., S. 182.

[4] Häger-Hofferberth, J., S. 85.

die Hälfte der von ihm untersuchten Gruppe (46,5%) bis zu 4 Jahren untergebracht war, 29,3% waren mindestens 4 Jahre und weniger als 10 Jahre untergebracht und rund ein Viertel (24,2%) 10 Jahre und länger. Er gibt eine durchschnittliche Unterbringungsdauer bei der ersten Unterbringung von 7 Jahren an.[1]
Wenn die hier angegebenen Zahlen auch stärker variieren, was mit regionalen Unterschieden erklärt werden kann, so zeigt die Länge der Unterbringung doch an, daß die Chance, durch die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus sozial rehabilitiert zu werden, eher gering einzuschätzen ist. Ein in diesem Sinn interessantes Ergebnis der Untersuchung von Ritzel ist, daß Untergebrachte, die sozial weniger eingebunden sind, z. B. durch das Fehlen von Angehörigen oder der Ehefrau, durchschnittlich länger untergebracht sind. Ebenfalls länger untergebracht sind psychisch Kranke höheren Lebensalters, was Ritzel mit der fehlenden Perspektive einer sozialen Wiedereingliederung erklärt. Die von ihm in dieser Untersuchung festgestellte Abnahme der Unterbringungsdauer mit zunehmender Anzahl der Unterbringungen erklärt er u.a. mit dem bei jeder Aufnahme deutlicher werdenden Unvermögen, "mit dem vorhandenen therapeutischen Instrumentarium erkennbare Effekte zu erzielen. Dies umso mehr, da die Mehrfachunterbringungen besonders therapeutisch schwierig zu beeinflussende Gruppen betreffen wie Alkoholiker, sexuell verhaltensgestörte, neurotisch-psychopathische, aber auch minderbegabte Persönlichkeiten."[2]
Einer der Gründe für die lange Unterbringungsdauer war mit der mangelhaften Quantität und Qualität des therapeutischen Personals bereits genannt worden. Ein weiterer

---

[1] Ritzel, G., 1978, S. 41.

[2] ebd. S. 42.

Punkt ist möglicherweise die Behinderung des Pflegepersonals in der Ausübung ihrer therapeutischen Pflichten durch die Anforderungen aus dem kustodialen Bereich.[1] Die Frage ist, wie das therapeutisch wichtige Vertrauensverhältnis zwischen Pflegepersonal und Untergebrachten hergestellt oder gewahrt werden kann, wenn für den Untergebrachten, der sich der Behandlung nicht freiwillig unterzieht, die Bewacherfunktion durch das Pflegepersonal ganz im Vordergrund steht. Drost[2] hält zu diesem Problem einen pragmatischen Vorschlag bereit, die Sicherung durch ein privates Sicherheitsinstitut zu gewährleisten.
War das Überwiegen der medikamentösen Therapie bei Untergebrachten schon erwähnt worden, so zeigt sich hierin nicht nur der Mangel an materiellen Mitteln oder räumlichen Möglichkeiten zur Durchführung einer mehr sozialpädagogisch orientierten Behandlung, sondern grundsätzlich auch der Mangel an Therapiekonzepten, deren Erarbeitung nach Ritzel[3] immer nur auf Einzelinitiativen beschränkt blieb. Das Fehlen gültiger Therapiekonzepte in der Behandlung psychisch kranker Rechtsbrecher ist für Albrecht[4] die Folge der extremen "sozialen Randständigkeit" der Untergebrachten. Nach seiner Untersuchung sind die unteren sozialen Schichten bei den Untergebrachten überrepräsentiert. Therapieformen wie die Gruppentherapie, dynamische Psychotherapie, die Familientherapie und die Verhaltenstherapie sind an den sozialen Gegebenheiten der Ober- und Mittelschicht entwickelt worden, so daß die Voraussetzungen und Bedürfnisse für deren Anwendung in sozial niedrigeren Schichten fehlen. Albrecht schlußfolgert: "Während diese Therapieformen eher in den

---

[1] Lauter, H., S. 74

[2] Drost, B.-U., S. 31.

[3] Ritzel, G. 1975, S. 184

[4] Albrecht, P.-A., S. 109

höheren Sozialschichten Anwendung finden, verbleibt für die psychisch Auffälligen in den sozialen Randpositionen zumeist die mit degradierender Isolierung und Verwahrung verbundene Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus."
Dem Fehlen von ausgereiften Therapiekonzepten auf der einen Seite steht die oftmalige Unmöglichkeit der Behandlung der Untergebrachten außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses gegenüber; d. h. die Sicherungsanforderungen, die bei der Behandlung des psychisch kranken Rechtsbrechers gewahrt sein müssen, lassen Behandlungsmöglichkeiten in beschützenden Werkstätten, das Wohnen in therapeutischen Wohngemeinschaften etc. nicht zu. Auf diesen Problembereich wurde oben in bezug auf die Anforderungen an ein Maßregelvollzugsgesetz bereits näher eingegangen. Diese Probleme sind, wie oben erwähnt, im Niedersächsischen Maßregelvollzugsgesetz weitgehend berücksichtigt.
Ernsthafte Versuche einen Untergebrachten zu resozialisieren setzen die Auseinandersetzung des Untergebrachten mit den sozialen Gegebenheiten voraus, die ihn nach seiner Entlassung erwarten. Albrecht stellt in diesem Zusammenhang fest, daß Nachsorgeinstitutionen fehlen, mit deren Hilfe die sozialen Fähigkeiten des Untergebrachten erprobt werden können.[1]
Ein umfassendes Bild über den Stand der Wiedereingliederung ehemals Untergebrachter gibt die Arbeit von Ritzel über die "Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher".[2]
Er stellt fest, daß fast die Hälfte der Probanden nach der Unterbringung auf die Hilfe von Angehörigen angewiesen war bzw. auf sich selbst gestellt blieb. Bei den gewährten öffentlichen Maßnahmen handelte es sich in 58,2% der Fälle um eine stationäre Unterbringung in einem Landeskranken-

---

[1] Albrecht, P.-A., S. 122
[2] Ritzel, G., 1978, S. 193 ff.

haus, Alten-, Pflege- oder Übergangsheim, in einer Arbeiterkolonie oder einen ganztägigen Aufenthalt in einer beschützenden Werkstatt." Ambulante Hilfen konnten von ihm nur in 8,9% der Fälle festgestellt werden.
Was an Arbeitsmöglichkeiten im psychiatrischen Krankenhaus besteht (z. B. die stupiden Arbeitsabläufe industrieller Fertigung), geht über die reine Beschäftigung oftmals nicht hinaus.[1] Psychiatrische Kliniken schätzen sich bereits glücklich, wenn den Untergebrachten überhaupt die Möglichkeit der Beschäftigungstherapie gegeben werden kann.
Schwierigkeiten in der Weiterbetreuung der Untergebrachten, wenn die Unterbringung auf der geschlossenen Station nicht mehr unbedingt erforderlich ist, bringt auch die Stigmatisierung mit sich, die der psychisch kranke Rechtsbrecher aufgrund seiner Unterbringung erfährt.
Nach Beschreibungen Lauters[2] besteht die Weigerung zur Nachbetreuung des stigmatisierten psychisch kranken Rechtsbrechers sogar innerhalb fester Häuser. Es verwundert daher nicht, daß die Vermittlung in Nachsorgeinstitutionen außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses oft am Widerstand dieser Institutionen scheitert.[3]
Erschwerend kommt zu der mißlichen Lage der Nach- oder Weiterbetreuung der Untergebrachten hinzu, daß mit der Dauer der Unterbringung andere soziale Außenkontakte, wie z. B. der Kontakt zur Familie oder zu Bekannten abnehmen. Hiermit einher geht, das zeigt die Untersuchung von Albrecht[4], die Verschlechterung des Zustands des Untergebrachten laut ärztlicher Stellungnahme.

---

[1] Lauter, H., S. 75f.

[2] ebd.

[3] Albrecht, P.-A., S. 122

[4] Albrecht, P.-A., S. 120

Ist es nun einmal gelungen, die o.g. Schwierigkeiten zu überwinden, steht der Entlassung, so beschreibt es Venzlaff[1] bei einigen teilexkulpierten Straftätern der Widerstand der Strafvollstreckungskammern entgegen, den Untergebrachten vor Verbüßung von zwei Dritteln seiner Strafe zu entlassen.
Ein weiteres Therapiehindernis stellt die fehlende zeitliche Begrenzung der Unterbringung dar.[2] Der Untergebrachte kann sich nicht auf den Zeitpunkt seiner Entlassung einstellen[3], was seine Motivation, in der Therapie aktiv mitzuarbeiten, erheblich vermindert. Hierzu Baur[4]: "...der schuldfähige und damit für seine Handlung voll verantwortliche Täter, der zu einer zeitigen Freiheitsstrafe verurteilt wird, kann auf Jahr und Tag seinen (spätesten) Entlassungstermin vorausberechnen und sich darauf (innerlich) vorbereiten. Zu diesem Termin muß er (spätestens) aus der Haft entlassen werden - völlig unabhängig etwa davon, ob die Rückfallprognose günstig oder ungünstig ist, völlig unabhängig damit auch vom Stand der (Re-)Sozialisierungsbemühungen. Ganz anders die entsprechenden Verhältnisse beim nach § 63 StGB untergebrachten Patienten: eine Höchstfrist der Unterbringung ist nicht gegeben, vielmehr setzt das Gericht die weitere Vollstreckung der Unterbringung (frühestens) dann zur Bewährung aus, sobald verantwortet werden kann zu erproben, ob der untergebrachte Patient außerhalb des Maßregelvollzugs keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird."

---

[1] Venzlaff, U. 1978, S. 23f.

[2] S. § 67d StGB Abs. 1

[3] Baur, F., S. 35

[4] ebd.

Hier beginnt die Prognoseproblematik der forensischen Psychiatrie hinsichtlich des Entwicklungsstands des Untergebrachten, die nach Meinung Albrechts zur unnötigen Verlängerung der Unterbringung führt. Zwar obliegt nach § 67e StGB die Überprüfung der Unterbringungsdauer dem Gericht, das sich aber seinerseits weitgehend auf die Empfehlungen des psychiatrischen Sachverständigen stützt. Da nun das Gutachten in der Regel vom behandelnden Arzt erstellt wird, liegt für Albrecht die Befürchtung nahe, "daß Anstaltsärzte das Risiko eines eventuellen Rückfalls wegen der damit verbundenen vermeintlichen Gefahr der Diskreditierung ihrer Institution stets höher einschätzen als anstaltsunabhängige Gutachter."[1] Zitiert man nun hierzu die Zahlen bezüglich der Entlassungsempfehlungen, die Albrecht in seiner Untersuchung angibt (in 13%, N = 15), Entlassungsempfehlungen, davon in drei Fällen innerhalb der ersten drei Jahre, in zwei Fällen bis zum 10. Jahr, in sechs Fällen zwischen dem 10. und 12. Jahr, nach Ablauf des 15. Jahres keine Entlassungsempfehlungen mehr, das entspricht 30% der untersuchten Personen), wird deutlich, daß der psychiatrische Gutachter seinen Therapieerfolg als behandelnder Arzt durch seine Entlassungsempfehlungen selbst in Frage stellt. Das Risiko einer zu negativen Beurteilung in den Gutachten anstaltsinterner Ärzte bezüglich der Fortdauer der Unterbringung sieht Baur[2] in gleicher Weise und schließt sich der Forderung nach anstaltsunabhängiger Begutachtung an.
Der Vergleich von Untersuchungen aus der Zeit vor dem 2. StrRG[3] mit Untersuchungen aus neuerer Zeit[4] zeigt recht deutlich, daß die oben angegebenen Behinderungen in der

---

[1] Albrecht, P.-A., S. 122

[2] Baur, F., S. 38

[3] S. die Untersuchung von Häger-Hofferberth

[4] Vgl. dazu Albrecht, P.-A.

Therapie von strafrechtlich untergebrachten psychisch kranken Rechtsbrechern keine wesentlichen Veränderungen gezeigt haben. An dieser Stelle muß noch einmal die Frage gestellt werden, inwieweit die rein pragmatische Umbenennung der Maßregeln der Sicherung und Besserung in Maßregeln der Besserung und Sicherung ohne begleitende Maßnahmen, wie z. B. der Schaffung einer eindeutig geklärten Rechtsposition des strafrechtlich Untergebrachten durch ein Maßregelvollzugsgesetz in allen Bundesländern, die Bereitstellung ausreichender materieller Mittel zur Ausführung einer therapeutischen Unterbringung, dem Untergebrachten Vorteile auf dem Weg seiner Resozialisierung bietet. Die fehlenden therapeutischen Erfolge bei der Unterbringung psychisch kranker Straftäter, ihre Stigmatisierung und die damit einhergehende Ausgliederung aus der sozialen Gemeinschaft begründen die Forderung einzelner Autoren nach der Abschaffung der Maßregel der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus bzw. von der "Unterbringung der Betroffenen im psychiatrischen Krankenhaus abzusehen wann immer das möglich ist" wie Albrecht am Ende seiner Untersuchung vorschlägt[1].

Möglicherweise erklären die hier beschriebenen Unzulänglichkeiten im Sinn einer therapeutischen Unterbringung auch den von Ritzel[2] festgestellten Rückgang der Zahl der Untergebrachten.
In diesem Sinn soll die nachfolgende Untersuchung zeigen, welche Möglichkeiten sich im Vorfeld der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus bieten, psychisch kranken Straftätern, den Ausgliederungsprozeß, den die Unterbringung für sie bedeuten würde, zu ersparen.

---

[1] Albrecht, P. A., S. 124.

[2] Ritzel, G. 1978, S. 47.

Wenn sich die Untersuchung vornehmlich mit den Möglichkeiten der Umgehung des § 63 StGB beschäftigt, die seitens des begutachtenden Psychiaters genutzt werden, sollen zunächst die Möglichkeiten beschrieben werden, die auf gesetzlicher Grundlage an die Stelle der Einweisung ins psychiatrische Krankenhaus treten können.

4. Vermeidung der Einweisung nach § 63 StGB - Gesetzliche Möglichkeiten

Bei der Betrachtung der Alternativen des Strafgesetzbuchs, bei denen unter bestimmten, unten näher ausgeführten Umständen die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus unterbleiben kann, sei zunächst die Möglichkeit der Anwendung der Maßregel des § 65 StGB erwähnt. Hier heißt es im Abs. 3:
"Liegt bei einem Täter die Voraussetzung des § 63 Abs. 1 vor, so ordnet das Gericht statt der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus die Unterbringung in einer sozialtherapeutischen Anstalt an, wenn nach dem Zustand des Täters die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen dieser Anstalt zu seiner Resozialisierung besser geeignet sind als die Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus."
Wenn auch diese Alternative zum § 63 StGB nach dem Text des Strafgesetzbuchs besteht, kann sie bislang jedoch nicht ausgeführt werden (s. o.), da das Inkrafttreten des § 65 StGB bis zum 1.1.1985 ausgesetzt wurde. Träte das Gesetz jedoch entgegen aller Erwartung in Kraft, böte es dem begutachtenden Psychiater in der Formulierung "Wenn der Zustand des Täters die besonderen therapeutischen Mittel und sozialen Hilfen dieser Anstalt zu seiner Resozialisierung besser geeignet

sind" einen Weg, die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus zu vermeiden.
Eine weitere Möglichkeit, den § 63 StGB durch eine andere Maßregel zu ersetzen, bietet der § 67a StGB, der das Variieren der Maßregeln zum Inhalt hat. Hier heißt es im Abs. 1: "Ist die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt angeordnet worden, so kann das Gericht nachträglich den Täter in den Vollzug einer der beiden anderen Maßregeln überweisen, wenn die Resozialisierung des Täters dadurch besser gefördert werden kann."
Der § 67 StGB wird von einigen Psychiatern[1] als Ausdruck des Durchdrungenseins des neuen Strafgesetzbuchs vom Resozialisierungsgedanken gewertet. Wenn jedoch Venzlaff[2] schreibt, daß der § 67 StGB als "pragmatisches Regulativ für die Begutachtung von Grenzfällen der strafrechtlichen Verantwortung anzusehen" sei, und fortfährt "Der das ganze Gesetz trotz Festhaltens am Schuldprinzip durchziehende Resozialisierungsgedanke erlaubt es - m. E. dem Sachverständigen, auch die Frage der Therapie oder Verwahrbedürftigkeit im Krankenhaus mit in die Waagschale zu werfen, wenn er - wohlgemerkt bei einem Grenzfall - zwischen Schuldfähigkeit oder verminderter Zurechnungsfähigkeit zu entscheiden hat" übersieht er doch die weitreichenden Konsequenzen, die eine einmalig erfolgte Unterbringung für den psychisch kranken Straftäter hat (s. o.).
Eine weitere Möglichkeit der Umgehung des § 63 StGB findet sich im § 67b StGB: "Aussetzung zugleich mit der Anordnung

---

[1] Mende, W. 1977, S. 251.

[2] Venzlaff, U. 1978, S. 22.

- Ordnet das Gericht die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Entziehungsanstalt oder einer sozialtherapeutischen Anstalt an, so setzt es zugleich deren Vollstreckung zur Bewährung aus, wenn besondere Umstände die Erwartung rechtfertigen, daß der Zweck der Maßregel auch dadurch erreicht werden kann. Die Aussetzung unterbleibt, wenn der Täter noch eine Freiheitsstrafe zu verbüßen hat, die gleichzeitig mit der Maßregel verhängt und nicht zur Bewährung ausgesetzt wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein."

Auch in diesem Paragraphen bietet sich dem Begutachter der Weg durch die Suche nach solchen "besonderen Umständen" in der Untersuchung des psychisch kranken Straftäters, wie z. B. die Übernahme der Betreuung und Bewahrung durch Verwandte, eine Unterbringungsempfehlung hintanzustellen[1]. Weitere Umstände unter denen die Einweisung nach § 63 StGB unterbleiben kann, die aber nicht auf dem Ausweichen auf andere Gesetze der Maßregeln der Besserung und Sicherung beruhen, können dem Kommentar Schönke-Schröders[2] zum § 63 StGB entnommen werden. Diese Einschränkungen beziehen sich im wesentlichen auf bestimmte Formulierungen des § 63 StGB (s. o.).

Die Gefährlichkeit des psychisch kranken Straftäters wird z. B. eingeschränkt, wenn dieser von seiner Tat zurücktritt oder bezüglich seiner Tat tätige Reue zeigt.

Eine Voraussetzung für die Anwendung des § 63 StGB ist, daß die zu erwartenden Straftaten erheblich sein müssen. Vergehen geringfügigen Ausmaßes, wie z. B. kleine Diebstähle, Randalieren oder kleinere Betrügereien, die zwar die Umwelt belasten, von denen aber keine größere Gefährdung ausgeht, reichen zur Unterbringung im psychiatrischen

---

[1] Vgl. dazu BGH, NJW 51, S. 572.

[2] Schönke-Schröder 1980, S. 678 ff.

Krankenhaus nicht aus[1]. Hier steht der Gutachter, darauf wurde eingangs schon hingewiesen, vor der erheblichen Problematik der Erstellung einer einigermaßen gesicherten kriminologischen Prognose und muß sich die Frage vorlegen, welche Lebensumstände des Begutachteten dafür sprechen, daß überhaupt weitere Straftaten zu erwarten sind und durch welche Änderung dieser Umstände die Erheblichkeit der zu erwartenden Straftaten möglichst gering gehalten werden kann.

Die Begutachtungspraxis im Institut für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin zeigt, daß eine prognostische Beurteilung auch beim Vorliegen geringfügiger Straftaten, wie z. B. Diebstahlsdelikten, nicht immer unterbleibt, denn es ist auch in diesen Fällen zu prüfen, ob nicht diese kleinen Delikte einen Hinweis darauf geben, daß sie Ausdruck einer Entwicklung zu weiteren Straftaten sind.

Im Zusammenhang mit der vorauszusetzenden Wiederholungsgefahr für die Anwendung des § 63 StGB, muß die Einschränkung gesehen werden, daß eine bloße Wiederholungsmöglichkeit oder eine latente Gefahr, die vom psychisch kranken Straftäter ausgeht, eine nicht ausreichende Voraussetzung für seine Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus darstellt. Die Wiederholungsgefahr muß wahrscheinlich sein[2]. Wieder ist die Frage zu stellen, wie vom Gutachter diese Wahrscheinlichkeit abgesichert werden kann, und ob nicht aufgrund der meist mangelnden Absicherung der Prognose die Unterbringung fragwürdig wird.

Die folgende Einschränkung der Anwendbarkeit des § 63 StGB bezieht sich auf die Fälle, in denen seine Anwendung aufgrund der Erfüllung der Voraussetzungen des § 21 StGB

---

[1] Vgl. dazu BGHSt 20, S. 233 od. BGH, NJW 55, S. 837.

[2] S. dazu BGH, NJW 51, S. 724.

erwogen wird. (Zuerkennung verminderter Schuldfähigkeit.) Kommt der § 21 StGB zur Anwendung, weil nicht ausgeschlossen werden kann, daß verminderte Schuldfähigkeit vorgelegen hat, so soll nach dem Grundsatz "in dubio pro reo" die Anwendung des § 63 nicht in Betracht kommen[1].

Da die Beurteilung der kriminologischen Prognose, der besonderen Lebensumstände oder der Therapierbarkeit im psychiatrischen Krankenhaus sich zumeist auf das psychiatrische Gutachten des forensischen Sachverständigen stützen muß, erhält der Gutachter zahlreiche Möglichkeiten auf gesetzlicher Basis, durch seine Empfehlung die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus zu verhindern.

5. Beschreibung des untersuchten Kollektivs

5.1. Auswahl der Stichprobe

Die Untersuchung stützt sich auf das Gutachtenmaterial des Instituts für Forensische Psychiatrie der Freien Universität Berlin aus den Jahren 1980 und 1981.
Der Jahrgang 1980 umfaßt 227 Gutachten, der Jahrgang 1981 umfaßt 216 Gutachten.
Die Gutachten wurden unter den einleitend beschriebenen Kriterien betrachtet, d. h. es wurden nur solche Gutachten ausgewählt, in denen die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB erfüllt waren und der diagnostizierte psychopathologische Zustand aufgrund seiner Dauer weitere Straftaten möglich erscheinen ließ.

---

[1] Vgl. dazu BGH, GA (1965), S. 250.

Von den insgesamt 443 Gutachten der beiden Jahrgänge entfielen 156 Gutachten, in denen der Fragestellung nicht die §§ 20, 21 StGB zugrunde lagen.
Weiter wurden solche Gutachten nicht betrachtet, in denen die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB ausgeschlossen wurden, in denen die abschließende Stellungnahme dem Verhandlungstermin vorbehalten war, in denen die zur Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit führenden Zustände vorübergehender Natur waren.

Diese vorübergehenden Zustände wurden in fünf Kategorien unterteilt:

Alkoholrausch (35 Gutachten), vorübergehende depressive Störung (5 Gutachten), Affekt (10 Gutachten), konfliktauslösende Situation beseitigt (1 Gutachten), andere passagere Bewußtseinsstörungen (1 Gutachten).

Auf diese Weise wurden insgesamt 52 Gutachten aus der Betrachtung ausgeschlossen. Weiter konnten 113 Gutachten nicht ausgewertet werden, in denen die Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB nicht gegeben waren (40 Gutachten) und in denen die endgültige Stellungnahme zu den Voraussetzungen der §§ 20, 21 StGB dem Tag der Gerichtsverhandlung vorbehalten war (73 Gutachten). Acht Gutachten waren in der Bearbeitung noch nicht abgeschlossen und daher nicht einzusehen, so daß die verbleibende Gruppe der auszuwertenden Gutachten einen Umfang von 114 Fällen umfaßte.

5.2. Methodisches Vorgehen

Der Auswertung der 114 Gutachten lag ein Erfassungsschlüssel zugrunde, der 32 Kriterien eines jeweiligen Gutachtens beurteilte und die jeweiligen Ausprägungen

der Kriterien nach einem Zahlenschlüssel kodierte. Der Zahlenkode wurde auf Lochkarte übertragen und unter Zugrundelegung des SPSS-Systems ausgewertet. Die erhobenen 32 Kriterien umfaßten:

- Geschlecht
- Alter
- Geburtsort
- Wohnort
- Familienstand
- Schulbildung
- Berufsausbildung
- Ausgeübte Tätigkeit
- Psychische Störungen in der Familie
- Delikte in der Familie
- Familiäre Sozialisation
- Heimaufenthalte
- Dauer der Heimaufenthalte
- Anzahl der Selbstmordversuche
- Alter des ersten Kontakts mit der Polizei, dem Jugendamt, einem Gericht wegen einer Straftat
- Anzahl der Vorstrafen
- Art der Vorstrafen
- Dauer der Vorstrafen
- Gegenstand der Vorstrafen
- Straftat, die zur Begutachtung führte
- Schuldunfähigkeitsbeurteilung
- Medizinische Diagnose des zur Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit führenden Zustands
- Anzahl der vorhergehenden psychiatrisch-psychologischen Begutachtungen in einem Strafverfahren

- Diagnosen der vorhergehenden Begutachtungen
- Beurteilungen der Schuldfähigkeit der vorher gehenden Begutachtungen
- Art der vorausgegangenen psychiatrisch-psychologischen Behandlungen
- Angaben zur Krankheitsprognose
- Angaben zur kriminologischen Prognose
- Unterbringung empfohlen
- Gründe für die Unterbringung
- Angaben zu Alternativen der Unterbringung

Das letzte Kriterium "Vermutete Gründe aus denen Angaben zur Prognose oder Hinweise zur Therapie fehlen" versuchte nach dem Gesamteindruck des Gutachtens diese den folgenden Ausprägungen zuzuordnen:

- Leichtes Delikt - einmaliges Vorkommnis
- Vermeidung der Diskussion des § 63 StGB
- Eine psychiatrisch-psychologische Behandlung erfolgt, oder wurde eingeleitet
- Angaben zur Prognose brauchen nicht diskutiert zu werden, da lediglich § 21 StGB nicht ausgeschlossen werden kann.

Dieses Kriterium wurde eingeführt, da viele Begutachtete die Voraussetzungen für eine Diskussion des § 63 StGB erfüllten, ohne daß diese vom Gutachter geführt wurde.

Die Auswertung des Zahlenmaterials, dies sei vorweggenommen, rechtfertigt diesen Eindruck. In 47 der 114 ausgewerteten Gutachten waren keine prognostischen oder therapeutischen Angaben enthalten.

Die Diskussion, welche Gründe diesem Vorgehen zugrundeliegen, soll später erfolgen.

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten umfaßte die Darstellung der Häufigkeiten und Ausprägungen der erhobenen Kriterien. Um die untersuchte Gruppe näher zu charakterisieren und mögliche Zusammenhänge zwischen den erhobenen Kriterien festzustellen, kamen verschiedene statistische Prüfverfahren zur Anwendung. Als einfaches statistisches Prüfverfahren kam der Test nach Mann und Whitney, ein parameterfreies Verfahren zum Vergleich zweier unabhängiger Stichproben auf Mittelwertunterschiede zur Anwendung. Dieses Verfahren mußte herangezogen werden, weil eine Normalverteilung der Stichproben nicht immer vorausgesetzt werden konnte. Ferner wurde für den Vergleich der nominalskalierten Stichproben das CHI^2-Verfahren angewendet. Die verwendeten varianzanalytischen Methoden umfaßten das Verfahren nach Scheffé und aus den o.g. Gründen das parameterfreie Verfahren nach Kruskal und Wallis.

5.3. Angaben zum Personenstand

Die untersuchte Gruppe setzt sich zu 70,2% aus männlichen und zu 29,8% aus weiblichen Begutachteten zusammen. In allgemeinen Kriminalitätsstatistiken wird der Anteil der Frauen an der Gesamtdelinquenz mit rund 13% beziffert[1]. Wenn man auch zum Zeitpunkt der Begutachtung noch nicht von Delinquenz sprechen kann, so legt doch die Größe der Differenz zwischen delinquenten Frauen und Frauen, die wegen einer Straftat begutachtet werden die Vermutung der Überrepräsentation nahe.
Gliedert man die untersuchte Gruppe nach dem Alter, ergibt sich eine Spannweite von 64 Jahren, wobei der

---

[1] Göppinger, H., S. 376.

jüngste Begutachtete 17 Jahre, der älteste Begutachtete 81 Jahre alt ist. Bei der Aufteilung in Gruppen von jeweils fünf Jahren ergibt sich folgendes Bild:

Alter (Jahren)	Anzahl	
17-20	11	9,6%
21-25	14	12,3%
26-30	18	15,9%
31-35	10	7,9%
36-40	16	14,1%
41-45	14	12,4%
46-50	8	7,1%
51-55	7	6,3%
56-60	2	1,8%
61-65	4	3,6%
66-70	6	5,4%
71-81	4	3,6%
Insgesamt	114	100,0%

Bei der Untersuchung des Familienstands wurde festgestellt:

	Anzahl	
Ledig	63	55,3%
Geschieden	19	16,7%
Verwitwet	5	4,4%
Verheiratet	26	23,0%
Keine Angaben	1	0,9%
Insgesamt	114	100,0%

Beim Vergleich dieses Ergebnisses mit der Berliner Bevölkerungsstatistik für Berlin-West können große Abweichungen festgestellt werden.
Hier wird der Anteil der Ledigen auf 32,4%, der Anteil

der Geschiedenen auf 5,9%, der der Verwitweten auf 13,7% und der der Verheirateten auf 47,9% beziffert[1].
Die Überrepräsentation der Ledigen und Geschiedenen in der untersuchten Gruppe, weist darauf hin, daß die familiäre Einbindung in dieser Gruppe öfter gestört oder nicht vorhanden ist. Führt man hier noch ein Ergebnis von Ritzel[2] an, welches zeigt, daß Verheiratete im Gegensatz zu den übrigen Gruppen in der Regel kürzer untergebracht sind, erhält man einen Hinweis auf die Schwierigkeiten der sozialen Reintegration bei dem hier untersuchten Personenkreis.

5.4. Bildung und berufliche Tätigkeit

Um einen Indikator für die gesellschaftliche Zugehörigkeit zu haben, wurden Angaben zur Schulbildung, zur Berufsausbildung und zur ausgeübten Tätigkeit erhoben. Eine differenzierte Aufschlüsselung einzelner Schulausbildungsrichtungen und Berufsgruppen wurde angesichts der kleinen Gruppengrößen zugunsten einer gröberen Unterteilung verlassen. Allerdings scheint diese gröbere Einteilung immer noch geeignet, eine gewisse soziale Bewegung von der Schulausbildung bis zur ausgeübten Tätigkeit darzustellen.

Schulbildung:

	Anzahl	
Sonderschule mit oder ohne Abschluß	29	25,4%
Volksschule mit Abschluß	44	38,6%
Realschule und höher	26	22,8%
Keine Angaben	15	13,2%
Insgesamt	114	100,0%

[1] Ergebnisse der Volks- und Berufszählung Berlin (West) am 27.5.1970, S. 53.

[2] Ritzel, G. 1978, S. 44.

Berufsausbildung:

	Anzahl	
Ungelernt	65	57,0%
Mit Beruf	42	36,8%
Keine Angaben	7	6,1%
Insgesamt	114	100,0%

Ausgeübte Tätigkeit:

	Anzahl	
Ungelernt	45	39,5%
Mit Beruf	19	16,7%
Rentner	43	37,7%
Keine Angaben	7	6,1%
Insgesamt	114	100,0%

Sieht man die Schulausbildung und die berufliche Ausbildung als zwei mögliche Indikatoren für die gesellschaftliche Stellung, deutet sich bei dem Vergleich dieser Indikatoren eine soziale Abwärtsbewegung an.

Während nur rund ein Viertel (25,4%) keinen Volksschulabschluß erreichte, weist über die Hälfte (57%) keine abgeschlossene berufliche Ausbildung auf.
Bei der Betrachtung der zum Zeitpunkt der Begutachtung ausgeübten Tätigkeit ist der hohe Anteil von Rentnern auffällig. Der Vergleich mit der Altersstruktur zeigt, daß der hohe Rentneranteil nicht allein mit den Altersrentnern zu erklären ist. Hinsichtlich eventueller therapeutischer Bemühungen verdient die Tatsache Beachtung, daß über ein Drittel (37,7%) zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht oder nicht mehr berufstätig war.

5.5. Familiäre Zusammenhänge

Die nun folgenden Kriterien wurden erhoben, um ein Bild der außerberuflichen Sozialisation der untersuchten Gruppe zu erstellen.

Die Untersuchung der Zusammensetzung der Kernfamilie, in der die begutachteten Probanden aufgewachsen waren, ergab keine auffällige Verteilung. Zwei Drittel wuchsen mit beiden oder zumindest mit einem Elternteil auf (73,7%). Rund 10% der untersuchten Gruppe wuchsen außerhalb der Kernfamilie auf.
Hinsichtlich der Störungen der primären familiären Sozialisation ist allerdings bedeutsam, daß rund ein Fünftel (20,2%) mindestens einmal vorübergehend in einem Heim war.
Als weiteres Merkmal des gestörten familiären Zusammenlebens wurde die Häufigkeit psychischer Störungen in der Familie erhoben.

Psychische Störungen in der Familie:

	Anzahl	
Ja	30	26,3%
Nein	59	51,8%
Keine Angaben	25	21,9%
Insgesamt	114	100,0%

Trotz des relativ hohen Anteils der Gutachten, in denen keine Angaben zum Auftreten psychischer Störungen in der Familie des Begutachteten vorliegen, fällt auf, daß der Anteil derjenigen, in deren Familie bereits psychische Störungen aufgetreten waren mit über einem Viertel recht groß erscheint.
Als Zeichen für eine mangelnde Stabilität der Persönlichkeit der Begutachteten wurde die Anzahl der Suizidversuche erhoben. Hierbei ergab sich folgende Verteilung:

Suizidversuche:	Anzahl	
Keine	67	58,8%
1	15	13,2%
2	7	6,1%
3	3	2,6%
4	1	0,9%
Keine Angaben	21	18,4%
Insgesamt	114	100,0%

In den Fällen in denen keine Angaben zu erhalten waren, muß wahrscheinlich davon ausgegangen werden, daß kein Suizidversuch vorlag. Rund ein Viertel (22,8%) zeigt aber mit einem oder mehreren Selbstmordversuchen Zeichen tiefgreifender persönlicher Instabilität, wobei hier nicht differenziert werden muß, ob es sich bei den Selbstmordversuchen um die Demonstration der Auswegslosigkeit handelt, oder ob ihr appellativer Charakter im Vordergrund steht.

5.6. Forensische Anamnese

Der kriminologischen Entwicklung kommt neben dem Bild, das sich aus den bisher genannten Daten des beobachteten Kollektivs ergibt, insofern große Bedeutung zu, als sie eines der Kriterien darstellt, deren Beurteilung im Hinblick auf den § 63 StGB verlangt werden muß.
Zunächst sei die Verteilung der Altersgruppen, beim ersten Kontakt mit der Polizei, dem Jugendamt oder einem Gericht wegen einer Straftat betrachtet.

Alter (Jahren)	Anzahl	
15-20	27	23,7%
21-25	18	15,7%
26-30	7	6,2%
31-35	9	7,9%
36-40	10	8,9%
41-45	7	6,2%
46-50	6	5,3%
51-55	4	3,6%
56-60	1	0,9%
61-65	2	1,8%
66-70	3	2,7%
71-75	2	1,8%
76-79	1	0,9%
Keine Angaben	17	14,9%
Insgesamt	114	100,0%

Im Gegensatz zur oben angegebenen Altersstruktur, unterscheidet sich die hier angegebene insoweit, als die zwei Altersgruppen der 15-25-Jährigen über ein Drittel der Beobachtungen ausmachen. Ein leichter Anstieg der ersten strafrechtlichen Auffälligkeit kann bis zur Altersgruppe der 36-40-Jährigen beobachtet werden.
Insgesamt läßt sich feststellen, daß ein sehr großer Anteil der beobachteten Gruppe bereits früh mit dem Gesetz in Konflikt geraten ist. Der zweite Gipfel der Altersverteilung bei den 36-40-Jährigen läßt sich damit erklären, daß bei später strafrechtlicher Auffälligkeit, bei bislang unauffälligem Leben, eher eine psychische Krankheit vermutet wird.
Als Merkmal für die Länge der kriminellen Vorgeschichte wurde die Anzahl der Vorstrafen betrachtet.

Vorstrafen-Anzahl:

Zahl der Vorstrafen	Anzahl	
Keine Vorstrafen	29	25,4%
1	14	12,3%
2	17	14,9%
3	14	12,3%
4	9	7,9%
5	7	6,1%
6	3	2,6%
7	6	5,3%
8	2	1,8%
9	2	1,8%
10	2	1,8%
18	1	0,9%
20	1	0,9%
Keine Angaben	7	6,1%
Insgesamt	114	100,0%

Die Aufschlüsselung nach der Anzahl der Vorstrafen zeigt, daß der Anteil derjenigen mit extrem langem Vorstrafenregister (mehr als fünf Vorstrafen) im Vergleich mit den mehrfach straffällig gewordenen (bis zu fünf Vorstrafen) gering ist. Ein Viertel (25,4%) wird bereits bei der ersten strafrechtlichen Auffälligkeit begutachtet. Es handelt sich hier häufig um ältere Probanden, die geringfügige Delikte (z. B. Diebstahl) begangen haben. Zum Teil dominiert in diesen Fällen das Interesse, durch eine psychiatrisch-psychologische Begutachtung günstigere strafrechtliche Konsequenzen zu erreichen.
Um das Bild der strafrechtlichen Vorgeschichte zu vervollständigen, seien hier noch die Dauer der Vorstrafen, die Art der Strafen und der Gegenstand der Vorstrafen betrachtet.

Dauer der Vorstrafen in Monaten:

Dauer	Anzahl	Rel. Proz.	Angegl. Proz.*
1-12	16	14,1	39,2
13-24	12	10,7	16,8
25-36	6	4,5	7,0
37-48	4	3,6	5,6
49-60	4	3,6	5,6
Mehr als 60	3	2,7	4,2
Keine Freiheitsstr.	28	24,6	38,9
Keine Angaben	13	11,4	
N. z.	29	25,4	
Insgesamt	114	100,0%	100,0%

* Die angeglichenen Prozente beziehen sich nur auf die Fälle, in denen Freiheitsstrafen und andere Vorstrafen vorlagen.

Die Dauer der Vorstrafen wurde in Monaten erhoben. Der Übersichtlichkeit wegen wurden Jahresgruppen gebildet. Die Spannweite der Vorstrafendauer reicht von einem Monat bis zu hundertsiebzig Monaten.
Diese wie auch die nachfolgende Aufstellung zeigt, daß es sich bei der untersuchten Gruppe vornehmlich um Delinquenten handelt, deren Delikte der leichteren Kriminalität zugeordnet werden müssen. Im Hinblick auf den § 63 StGB heißt das, daß der Aspekt der Sicherung bei der hier betrachteten Gruppe im Hintergrund stehen kann. Allerdings wurde bei der Diskussion um die Erheblichkeit der zu erwartenden Straftaten als Voraussetzung für die Unterbringung nach § 63 StGB bereits darauf hingewiesen, daß die Rechtssprechung bezüglich der Erheblichkeit, z. B. Diebstahldelikte nicht einheitlich als unerheblich betrachtet[1].

[1] Vgl. dazu BGH, NJW 55, S. 837.

Zudem soll bei der Beurteilung der Gefährlichkeit des Täters nicht allein die Gefährlichkeit der zur Begutachtung führenden Tat im Vordergrund stehen, sondern auch die Prüfung ob Tatumstände einen Hinweis auf die zukünftige Gefährlichkeit geben[1].
Der Aspekt der Besserung des § 63 StGB, der seit der Reform des Strafgesetzbuchs in den Vordergrund gerückt ist, sollte also auch bei der hier betrachteten Gruppe im Vordergrund stehen. Berücksichtigt man allerdings die Möglichkeiten der Besserung im Rahmen der Unterbringung, würde sich ein deutliches Mißverhältnis zwischen der hier zugrundeliegenden Kriminalität und der Härte der sich möglicherweise daraus ergebenden Unterbringung zeigen. Dieses Mißverhältnis macht deutlich, daß der Vorschlag der Unterbringung seitens des Gutachters im hier untersuchten Kollektiv unwahrscheinlich wird.
Bei der Betrachtung der Art der Vorstrafen, zeigt sich ein hoher Anteil an Geldstrafen, die bis hin zum 10. Delikt verhängt wurden. Allerdings zeigt sich auch eine Zunahme der Zahl der Freiheitsstrafen mit zunehmender Deliktshäufigkeit. Der große Anteil von Geld- und kurzen Freiheitsstrafen muß im Zusammenhang mit dem Überwiegen kleinerer Vermögensdelikte gesehen werden.
Beachtung sollte die Tendenz finden, daß der Anteil der Freiheitsstrafen ohne Bewährung den Anteil der Freiheitsstrafen mit Bewährung durchgängig übersteigt.
Der Anteil derjenigen, die schon einmal einer Maßregel der Besserung und Sicherung unterzogen waren ist gering, wobei diejenigen überwiegen, bei denen die Maßregel neben der Strafe vollstreckt wurde.

---

[1] Vgl. dazu BGHSt 5, S. 140.

Tab. 1 Gegenstand der Vorstrafen des untersuchten Kollektivs (N = 114)

Gegenstand der Vorstrafen	Delikt 1			Delikt 2			Delikt 3			Delikt 4			Delikt 5		
	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.
Tötungsdelikt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,9	4,8
Körperverletzung	6	5,3	7,9	5	4,4	8.6	2	1,8	4,9	-	-	-	3	2,6	14,3
Sexualdelikt	4	3,5	5,3	3	2,6	5,2	3	2,6	7,3	-	-	-	-	-	-
Vermögensdelikt	42	36,8	55,3	36	31,6	62,1	27	23,7	65,9	22	19,3	81,5	15	13,2	71,4
Brandstiftung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,9	3,7	-	-	-
BTM-Vergehen	5	4,4	6,6	4	3,5	6,9	3	3.6	7.3	3	2,6	11,1	-	-	-
Sonstiger	19	16,7	25,0	10	8,8	17.2	6	5,3	14.6	1	0,9	3,7	2	1,8	9,5
K. A.	4	3,5	-	6	5,3	-	6	5,3	-	6	5,3	-	3	2,6	-
N. z.	34	29,8	-	50	43,9	-	67	58,8	-	81	71,1	-	90	78,9	-
Insgesamt	114	100	100	114	100	100	114	100	100	114	100	100	114	100	100

Tab. 1 (Forts.) Gegenstand der Vorstrafen des untersuchten Kollektivs (N = 114)

Gegenstand der Vorstrafen	Delikt 6			Delikt 7			Delikt 8			Delikt 9			Delikt 10		
	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.
Tötungsdelikt	-	-	-	-	-	-	-	-		-	-	-	-	-	-
Körperverletzung	-	-	-	1	0,9	10	-	-	-	-	-	-	-		-
Sexualdelikt	1	0,9	8,3	1	0,9	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Vermögensdelikt	11	9,6	91,7	7	6,9	70	5	4,4	100	5	4,4	100	4	3,5	100
Brandstiftung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BTM-Vergehen	-	-	-	1	0.9	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sonst.	-	-	-	1	0,9	10	-	-	-		-	-	-	-	-
K. A.	5	4,4	-	4	3,5	-	3	2,6	-	2	1,8	-	1	0,9	-
N. Z.	97	85,1	-	100	87,7	-	106	93,0	-	107	93,9	-	109	95,6	-
Insgesamt	114	100	100	114	100	100	114	100	100	114	100	100	114	100	100

Art der Strafe	Delikt 1			Delikt 2			Delikt 3			Delikt 4			Delikt 5		
	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.
Geldstrafe	27	23,7	42,9	23	20,2	46,9	11	9,6	33,3	5	4,4	20,0	6	5,3	33,3
Freiheitsstrafe mit Bewährung	10	8,8	15,9	7	6,1	21,2	7	6,1	21,2	8	7,0	32,0	5	4,4	27,8
Freiheitsstrafe ohne Bewährung	21	18,4	33,3	16	14,0	32,7	15	13,2	45,5	11	9,6	44,0	5	4,4	27,8
Maßregel der Besserung und Sicherung	3	3,6	4,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,9	5,6
Maßregel und Strafe	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0,9	4,0	1	0,9	5,6
Weisung	2	1,8	3,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K. A.	15	13,2	-	15	13,2	-	15	13,2	-	9	7,8	-	7	6,1	-
N. Z.	36	31,6	-	50	43,9	-	66	57,9	-	80	70,2	-	89	78,1	-
Insgesamt	114	100	100	114	100	100	114	100	100	114	100	100	114	100	100

Tab. 2 (Forts.)

Art der Vorstrafen des untersuchten Kollektivs (N = 114)

Art der Strafe	Delikt 6			Delikt 7			Delikt 8			Delikt 9			Delikt 10		
	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.
Geldstrafe	4	3,5	36,4	3	2,6	30,0	1	0,9	20,0	-	-	-	1	0,9	33,3
Freiheitsstrafe mit Bewährung	3	2,6	27,3	3	2,6	30,0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Freiheitsstrafe ohne Bewährung	4	3,5	36,4	3	2,6	30,0	4	3,5	80,0	3	2,6	75,0	2	1,8	67,7
Maßregel der Besserung und Sicherung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Maßregel und Strafe	-	-	-	1	0,9	10,0	-	-	-	1	0,9	25,0	-	-	-
Weisung	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K. A.	7	6,1	-	4	3,5	-	3	2,6	-	3	2,6	-	1	0,9	-
N. Z.	96	84,2	-	100	87,7	-	106	93,0	-	107	93,9	-	110	96,5	-
Insgesamt	114	100	100	114	100	100	114	100	100	114	100	100	114	100	100

5.7. Ergebnisse der Gutachten

Ziel der psychiatrisch-psychologischen Begutachtung in einem Strafverfahren ist die Beurteilung der Schuldfähigkeit. Dieser Beurteilung liegt die medizinische Diagnose des psychopathologischen Zustands zugrunde, der den in §§ 20, 21 StGB genannten psychischen Merkmalen der Schuldunfähigkeit oder verminderten Schuldfähigkeit zugeordnet werden kann. Die folgenden psychischen Merkmale werden von den §§ 20, 21 StGB genannt:
Krankhafte seelische Störung, tiefgreifende Bewußtseinsstörung, Schwachsinn und andere schwere seelische Abartigkeiten.
Folgende Ergebnisse konnten erhoben werden:

Strafrechtliche Verantwortlichkeit:

	Anzahl	
§ 21 n. ausgeschl.	9	7,9%
§ 21	47	41,2%
§ 20 n. ausgeschl.	15	13,2%
§ 20	43	37,7%
Insgesamt	114	100,0%

Es wird mit fast gleicher Häufigkeit verminderte Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) und Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) angenommen. Größere gutachterliche Unsicherheit zeigt sich in den Fällen, in denen § 20 StGB nicht ausgeschlossen werden kann. Eine Sonderstellung ist den Fällen einzuräumen, in denen der § 21 StGB nicht ausgeschlossen wird. Wie einleitend bereits erwähnt wurde (s. Kap. 4, gesetzliche Möglichkeiten der Vermeidung der Einweisung nach § 63 StGB), kann in diesen Fällen eine Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus nicht erfolgen, wohingegen eine Strafmilderung im Ermessen des Gerichts steht.

Psychische Merkmale der Schuldfähigkeitsbeurteilung:

	Anzahl	
1 seelische Störung	42	36,8%
2 tiefgr. Bewußts.st.	8	7,0%
3 Schwachsinn	1	0,9%
4 and. schw. seelische Abartigkeit	46	40,4%
1 + 2	1	0,9%
2 + 4	6	5,3%
3 + 4	3	2,6%
1 + 4	7	6,1%
Insgesamt	114	100,0%

Was sich unten noch zeigen wird, und was der Vergleich zwischen der strafrechtlichen Verantwortlichkeit und den psychischen Merkmalen der Schuldfähigkeitsbeurteilung vermuten läßt, werden seelische Störungen meist als Voraussetzung für den § 20 StGB beurteilt, während andere schwere seelische Abartigkeiten zumeist als Voraussetzung des § 21 StGB angenommen werden.
Bei der Betrachtung der medizinischen Diagnosen ergibt sich das folgende Bild:

Medizinische Diagnose:

	Anzahl	
End. Psychosen	25	21,9%
Neurosen	24	21,1%
Psychopathie, Sex.-Verhalt.abw., Oligophrenie	26	22,8%
Hirnorg. Erkrank.	18	15,8%
Drogenabhängigkeit	16	14,0%
Andere	5	4,4%
Insgesamt	114	100,0%

Die Aufschlüsselung der Gruppe Psychopathie, sexuelle Verhaltensabweichung und Oligophrenie ergibt die folgende Verteilung: Psychopathie in 17 Fällen, sexuelle Verhaltensabweichungen in 3 Fällen, Oligophrenie in 6 Fällen. Es zeigt sich eine homogene Verteilung über die verschiedenen Diagnosegruppen. Auffällig ist die häufige Verwendung der Diagnose Psychopathie, eines recht unscharfen Krankheitsbegriffs im deutschen Sprachraum, dessen Bewertung als solcher nicht unumstritten ist[1]. In der neueren Psychiatrie besteht die Tendenz, das Bild des Psychopathen auf dem differenzierteren Hintergrund der Neurosetheorien aufzulösen.

Ein Blick auf die forensisch-psychiatrische Vorgeschichte des untersuchten Kollektivs zeigt, daß mehr als ein Viertel (28,1%) wenigstens einmal wegen einer Straftat bezüglich seiner Schuldfähigkeit begutachtet wurde.

Anzahl der Begutachtungen in vorhergegangenen Strafverfahren:

	Anzahl	
0	82	71,9%
1	21	18,4%
2	6	5,3%
3	2	1,8%
Mehr als 3	3	2,7%
Insgesamt	114	100,0%

Zur näheren Beschreibung der vorbegutachteten Probanden wurden die Diagnosen und der gutachterliche Vorschlag zur Beurteilung der Schuldfähigkeit zusammengestellt. Die Zusammenstellung berücksichtigt nur die letzten drei Gutachten, die vor dem dieser Untersuchung zugrundeliegenden Gutachten erstellt wurden. Dieses Vorgehen scheint

[1] S. Hallermann, W.

Tabelle 3

Diagnosen der psychiatrischen Gutachten in vorangegangenen Strafverfahren (N = 114)

	Diagnosen der Vorgutachten								
	1. Vorgutachten			2. Vorgutachten			3. Vorgutachten		
	Anzahl	Proz.	angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	angegl. Proz.
K. A.	8	7,0	25	5	4,4	41,7	2	1,8	33,3
End. Psych.	3	2,6	9,4						
Neurosen	4	3,5	12,5	1	0,9	8,3	2	18,8	33,3
Psychop., sex. Verhaltensabw. Oligophr.	8	7,1	25,1	5	4,4	41,6	1	0,9	16,7
Drogenabh.	4	3,5	12,5						
HoPS	4	3,5	12,5	1	0,9	8,3	1	0,9	16,7
Andere	1	0,9	3,1						
N. z.	82	71,9		102	89,5		108	94,7	
Insgesamt	114	100	100	114	100	100	114	100	100

Tabelle 4

Beurteilung der Schuldfähigkeit im vorausgegangenen psychiatrischen Gutachten (N = 114)

Schuldfähigkeitsbeurteilung in den Vorgutachten:	1. Vorgutachten			2. Vorgutachten			3. Vorgutachten		
	Anzahl	Proz.	angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	angegl. Proz.	Anzahl	Proz.	angegl. Proz.
Keine endg. Beurt.	7	6,1	21,6	1	0,9	10			
§ 21 n. ausg.	3	2,6	9,7				1	0,9	25
§ 21 StGB	10	8,8	32,2	6	5,3	60	3	2,6	75
§ 20 n. ausg.	3	2,6	9,7	1	0,9	10			
§ 20 StGB	6	5,3	19,4	1	0,9	10			
§§ 20, 21 StGB ausgeschl.	2	1,8	6,5	1	0,9	10			
N. z.	83	72,8		104	91,2		110	96,5	
Insgesamt	114	100	100	114	100	100	114	100	100

gerechtfertigt, da nur in drei Fällen mehr als drei Vorgutachten erstellt wurden.

Auffällig beim Vergleich der Krankheitsdiagnosen der Vorgutachten ist das deutliche Überwiegen der Diagnose Psychopathie. Dieses Ergebnis sollte jedoch nicht vordergründig zu dem Schluß führen, daß eben die Psychopathie eine Bedingung für häufigere kriminelle Rückfälle sei. Vielmehr ist angesichts der Unschärfe dieser diagnostischen Bezeichnung zu fragen, ob sie nicht dazu dient, einer u.a. durch seine Neigung zu kriminellen Handlungen auffälligen Person ein erklärendes diagnostisches Etikett umzuhängen; zumal die Diagnose Psychopathie weitgehend ohne therapeutische Konsequenzen bleibt. Immer noch ist diese Diagnose assoziiert mit den Begriffen: angeboren, unabänderlich fest im Charakter verankert[1].
Ebenso auffällig in der Tabelle der Schuldfähigkeitsbeurteilung ist das Überwiegen des § 21 StGB. Wenn auch dieses Überwiegen in Zusammenhang zu bringen ist mit den häufiger gestellten Diagnosen, die Zuständen schwerer seelischer Abartigkeit gleichzusetzen sind, bleibt doch zu diskutieren, inwieweit dieses Ergebnis darauf hinweist, daß die "Drehtürjustiz" bei vermindert Schuldfähigen vor helfenden und integrierenden therapeutischen Maßnahmen steht.
Ergänzend wurden die Gutachten noch hinsichtlich der Angaben zu vorhergegangenen psychiatrisch-psychologischen Therapien untersucht. Unterschieden wurde im wesentlichen zwischen ambulanter und stationärer Therapie. Gutachten bei denen der Eindruck gewonnen wurde, daß ein Krankenhausaufenthalt von 3-4 Wochen wesentlich überschritten wurde, oder in denen stationäre Maßnahmen gehäuft beobachtet werden konnten, wurden der Kategorie "längere Zeit stationär" zugeordnet.

---

[1] S. Hallermann, W., S. 591.

Vorausgegangene psychiatrisch-psychologische Therapie:

	Anzahl	
Keine	31	27,2%
Ambulant	14	12,3%
Stationär	13	11,4%
Ambulant/ stationär	17	14,9%
Läng. stationär	34	29,8%
Keine Angaben	5	4,4%
Insgesamt	114	100,0%

Der Anteil der Untersuchten, die zum Zeitpunkt der Begutachtung noch keine psychiatrisch-psychologische Therapie in Anspruch genommen haben ist gering. In den Fällen, in denen eine Therapie vorausgegangen ist, überwiegt der Anteil der längere Zeit stationär Behandelten stark.

5.8. Prognostische Beurteilung

Vorweggenommen sei, daß nur in rund einem Drittel der Gutachten prognostische Stellungnahmen oder therapeutische Erwägungen zu erheben waren.
Zwar kann der Standpunkt vertreten werden, daß prognostische Aussagen von ihrer Natur her unsicher sind und den Rahmen der Begutachtung bezüglich der Schuldfähigkeit überschreiten. Andererseits stellt sich aber die Frage, ob ein zur Schuldunfähigkeit führender Zustand lediglich diagnostiziert werden kann, ohne auf die Folgen zu verweisen, die dieser Zustand bezüglich weiterer Straftaten möglicherweise haben kann. Wem kann eine größere Kompetenz zugesprochen werden als dem psychiatrisch-psychologischen Sachverständigen, Maßnahmen zu beurteilen, die den diagnostizierten Zustand im Sinn der Verhinderung einer weiteren kriminellen Karriere beeinflussen können?
Es bleibt die Frage, ob das hier gezeigte Ergebnis nicht die eingangs erwähnte therapeutische Hilflosigkeit des

forensischen Psychiaters spiegelt, wenn prognostische und daraus folgende therapeutische Überlegungen vermieden werden, statt schon bei der Diagnosestellung die Fragen nach der Besserung und Reintegration zu stellen.
Die Vermeidung der prognostischen Diskussion und therapeutischer Fragen, die über den aktuellen psychischen Zustand des Begutachteten hinausgehen, ist somit ein häufig begangener Weg, die Erörterung der Anwendung des § 63 StGB zu umgehen und damit die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus zu verhindern.

Beurteilung der Krankheitsprognose:

	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.
Günstig	10	8,8	27,0
Ungünstig	19	16,7	51,4
Zweifelhaft	8	7,0	21,6
Keine Angaben	77	67,5	
Insgesamt	114	100,0	100,0

Die Tendenz zur Vorsicht bei der Erstellung der Krankheitsprognose wird deutlich durch über zwei Drittel ungünstiger oder zweifelhafter Prognosen.
Im Ansatz zeigt sich hier das zwiespältige Verhältnis des forensischen Psychiaters zum psychisch kranken Straftäter: Auf der einen Seite neigt der forensische Psychiater zur schlechteren Prognose, aus Angst durch einen Rückfall widerlegt zu werden, auf der anderen Seite vermeidet er Vorschläge, wie die schlechte Prognose verbessert werden könnte.

Die Angaben zur kriminologischen Prognose ähneln den Angaben zur Krankheitsprognose.

Beurteilung der kriminologischen Prognose:

	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.
Günstig	8	7	22,9
Günstig bei Behandlung	16	14	45,7
Zweifelhaft/ ungünstig	11	9,6	31,4
Keine Angaben	79	69,3	-
Insgesamt	114	100,0	100,0

Auch hier sind die günstigen Prognosen in der Minderzahl. Wenn auch nur in rund einem Drittel der Gutachten eine kriminologische Prognose erstellt wurde, zeigt sich hier die Tendenz, die Prognose unter Vorbehalten (im Fall einer Behandlung) günstig zu beurteilen.
Die fast konstante Zahl der Gutachten, in denen prognostische Erwägungen zu erheben sind zeigt, - unter Berücksichtigung der Gutachten, in denen Alternativen zur Unterbringung vorgeschlagen werden - daß mit den Überlegungen zur Prognose auch die Behandlung ein wenig mehr ins Blickfeld rückt.
Bevor die Alternativen zur Unterbringung betrachtet werden, seien noch die Fälle erörtert, in denen die Unterbringung empfohlen wurde.

Unterbringung nach § 63 StGB empfohlen:

	Anzahl	
Ja	6	5,3%
Nein	41	36,0%
Keine Angaben	67	58,8%

Die Frage nach dem § 63 wird ebenso wie die Prognose in nur etwas mehr als einem Drittel der Fälle diskutiert. Insgesamt ist die Zahl der Gutachten, in denen eine Unterbringung empfohlen wird aber sehr gering, womit diese

Untersuchung die eingangs beschriebene Tendenz der Vermeidung der Maßregel nach § 63 StGB bestätigt.

Sofern die wenigen Empfehlungen einer Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus eine Aussage erlauben, ist zu bemerken, daß nur in einem von sechs Fällen der Aspekt der Sicherung vom Gutachter in den Vordergrund gerückt wird. In den anderen fünf Fällen stellt der Gutachter neben das Sicherungsbedürfnis die Besserung des körperlich-geistigen Zustands als Grund für die Unterbringung.
Wie schon bei den Angaben zur Krankheits- und kriminologischen Prognose waren auch nur in weniger als einem Drittel der Gutachten Angaben über mögliche Alternativen zur Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus zu finden.

Erklärend muß zu den unten aufgeführten Kategorien gesagt werden, daß "stationäre Therapie" die freiwillige Therapie in einem psychiatrischen Krankenhaus unter Einschluß von Entziehungskuren meint. Die Kategorie "Sozialtherapeutische Maßnahmen" umfaßt nicht die Sozialtherapie nach § 65 StGB, da diese aus den oben angegebenen Gründen nicht durchgeführt wird.

Alternativen der Unterbringung nach § 63 StGB:

	Anzahl	Proz.	angegl. Proz.
Sozialth. Maßnahmen	9	7,9	27,3
Ambul. Psychoth.	12	10,5	36,4
Stat. Therapie	6	5,3	18,2
Wohnheim/fam. Einbindung	6	5,3	18,2
Keine Angaben	77	67,5	
N. z.	4	3,5	
Insgesamt	114	100,0	100,0

Nicht zutreffend waren in dieser Aufführung lediglich vier Fälle, da in zwei Fällen, in denen eine Unterbringung empfohlen wurde ebenfalls Angaben zu alternativen Maßnahmen aufgeführt waren.

Bei den Empfehlungen zu den Alternativen der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus überwiegen eindeutig solche, die weniger als die Unterbringung die Integration des zu Behandelnden in einen bestehenden oder neu herzustellenden sozialen Zusammenhang gefährden. Diese Alternativen spiegeln ein Konzept, das eine Besserung der psychischen Krankheit und damit möglicherweise auch eine bessere Wiederanpassung des psychisch Kranken an soziale Normen nicht in der Abgeschiedenheit der Unterbringung erreichen will, sondern in der Nähe der sozialen Strukturen, die auch in Zukunft den Lebensraum des psychisch kranken Straftäters bilden. Wie eingangs schon beschrieben, besteht der Therapieerfolg des Untergebrachten oftmals nur darin, ihn an die Normen der psychiatrischen Institution anzupassen.

5.9. Beurteilung der Gutachten hinsichtlich ihrer Aussagen zu Prognose und Therapie

Die geringe Anzahl prognostischer und therapeutischer Aussagen in den ausgewerteten Gutachten führt zu der Überlegung, anhand des Gesamteindrucks der Gutachten, in denen diese Angaben fehlen, Erklärungen zu suchen, die dieses Fehlen begründen. Es soll hier darauf hingewiesen werden, daß diese Betrachtung, da allein durch den Untersucher durchgeführt, Elemente der Subjektivität enthält.

Vermutete Gründe aus denen Angaben zur Prognose oder Therapie fehlen:

	Anzahl	Proz.	Angegl. Proz.
Leichtes Delikt/ Einm. Vorkommnis	34	29,8	50,7
Vermeidung der Frage nach § 63 StGB	19	16,7	28,4
Behandlung erf.	8	7,0	11,9
Bei § 21 StGB n. ausgeschl. n. zu diskutieren	6	5,3	9,0
N. z.	47	41,2	
Insgesamt	114	100,0	100,0

Bei einem nochmaligen Verweis auf das Spektrum der Delikte wird die große Anzahl derjenigen Gutachten begreiflich, in denen aufgrund eines leichteren Delikts - in der Mehrzahl handelt es sich hier um Diebstahlsdelikte - oder des erstmaligen Vorkommens einer Straftat kein Augenmerk auf die weitere Entwicklung des Begutachteten gelenkt wird. Es scheint sich hier unter den Gutachtern die Einstellung durchgesetzt zu haben, daß schwerere Straftaten in dieser Gruppe nicht zu erwarten sind. Der Gutachter vermutet allenfalls die Rückfälligkeit in das gleiche Delikt. Diese Tendenz wird belegt durch die Aufschlüsselung der Vorstrafen. Das Ergreifen psychiatrisch-psychologischer Maßnahmen scheint im Hinblick auf die persönliche Stabilisierung nicht unbedingt erfolgsversprechender als das Unterlassen solcher Schritte.

In fast 30% der Fälle, in denen prognostische oder therapeutische Angaben fehlen, wurde allerdings der Eindruck gewonnen, daß es sich um die Vermeidung der Frage nach der Unterbringung handelt, sei es, daß man dem Begutachteten die Folgen einer Unterbringung ersparen will, sei es, daß der Gutachter von der Erfolgslosigkeit therapeutischer

Maßnahmen innerhalb oder außerhalb des Rahmens des § 63 StGB ausgeht. Es handelt sich bei der Begutachtung hier häufig um mehrfach rückfällige Straftäter, deren Delikte einfachen Diebstahl, schweren Diebstahl, Verstöße gegen das BtM-Gesetz und Körperverletzungsdelikte umfaßten.

In weiteren 10% der Fälle ergab sich der Eindruck, daß Aussagen zu Prognose oder therapeutische Vorschläge entfallen konnten, da der Begutachtete entweder eine psychiatrische oder psychologische Behandlung begonnen hatte oder sich in laufender ärztlicher Kontrolle befand.

Eine Sonderstellung nehmen die Fälle ein, in denen bei der Schuldfähigkeitsbeurteilung der § 21 StGB nicht ausgeschlossen werden konnte. In diesen Fällen kann - darauf wurde weiter oben schon hingewiesen - die Anordnung des § 63 StGB nicht erfolgen[1]. Es kann daher auch die Diskussion der Voraussetzungen unterbleiben.

6. Prognose; Behandlungsvorschläge - Ihre Voraussetzungen

6.1. Möglichkeiten und Grenzen prognostischer Verfahren

Die augenfällige Vermeidung prognostischer Aussagen und der daran geknüpften Vorschläge bezüglich einer eventuellen Behandlung, machen eine statistische Auswertung der Voraussetzungen notwendig, die in bestimmten Fällen zu einer Prognose oder einem Therapievorschlag führen, in den anderen Fällen die Vermeidung dieser Stellungnahmen zur Folge haben.

Einleitend sei ein kurzer Hinweis gegeben auf die Problematik der Prognosestellung in der Begutachtungspraxis

---

[1] S. dazu BGH, GA 1965, S. 250.

forensischer Psychiater, der im Hinblick auf das in der Einleitung gesagte einen Ansatz zum Verständnis der unten aufgeführten Ergebnisse liefern soll.

Die Bemühungen eine hinlänglich verläßliche Prognose über das zukünftige Verhalten eines straffällig Gewordenen zu erstellen, reichen von der sog. intuitiven Methode des im Umgang mit Straffälligen Befaßten über psychologisch-psychiatrische Ansätze - der sog. Individualprognose - bis zu solchen der Soziologie. Verläßt sich die intuitive Prognose auf den subjektiven Eindruck des Beurteilenden, versuchen die wissenschaftlichen Ansätze der psychologisch-psychiatrischen Methoden und der Soziologie prognostische Aussagen dokumentarisch zu objektivieren. Es wird versucht, aus empirisch gewonnenen Beobachtungen bei Straffälligen Kriterien für Kriminalität, Rückfälligkeit oder Gefährlichkeit zu entwickeln. Das so gewonnene Modell dient als Instrument zur prognostischen Beurteilung. Die soziologische Methode sucht gemäß ihres Ansatzes die Beurteilungskriterien im sozialen Umfeld des Straffälligen, wie z. B. das 1928 in den USA entwickelte Verfahren von Burgess[1], das neben der familiären Situation, die Art des Delikts, das Verhalten in der Strafanstalt, die Dauer der verbüßten Vorstrafen etc. berücksichtigt.
Diese Verfahren unterlagen im Lauf der Zeit der Verfeinerung und der Ausweitung und zielen meist durch eine Punktvergabe für die erhobenen ungünstigen Eigenschaften auf die Einteilung von Risikogruppen bezüglich der Rückfälligkeit.

Den Übergang der soziologischen Methode zur psychiatrisch-psychologischen stellt ein von R. Schiedt entwickelter Kriterienkatalog dar, der neben z. B. den schlechten Erziehungsverhältnissen, der unregelmäßigen Arbeit, dem schlechten allgemeinen Verhalten in der Strafanstalt, die

---

[1] S. dazu Burgess, E. W., S. 241.

erbliche Belastung, die Trunksucht und die Psychopathie erwähnt[1].

Prognostische Kriterien, die noch mehr das Individuum in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken, wurden von Stutte entwickelt[2]. Er schreibt: " Schwachsinn und vor allem die Vergesellschaftung von geistiger Minderbegabung und psychopathischen Charakterabnormitäten trüben die soziale Prognose". Oder "je mehr die soziale Unangepaßtheit auf einer in der geistig-seelischen Eigenart des Jugendlichen begründeten Gefährdungsdisposition beruht (z. B. Begabungsmängel, Charakterabartigkeiten und dgl.), desto ungünstiger gestalten sich die Erwartungen an den sozialen Ausgang".

Als neueres Beispiel und Weiterentwicklung der sog. Individualprognose sei eine Untersuchung von Kozol[3] genannt. Grundsätzlich versucht auch diese Untersuchung individuelle Merkmale zu finden, die auf die Gefährlichkeit einer Person hindeuten. In der Kritik, daß die üblichen psychiatrischen Untersuchungsmethoden nicht ausreichen, die Gefährlichkeit einer Person festzustellen schreibt er: "We doubt that any tests or methods of examination, in and of themselves, are subtle enough to evaluate the delicate balance between those impulsive elements that lead to dangerous behavior and those selfcontrolling elements that inhibit it"[4]. Anhand der von ihm gesammelten Erfahrungen nennt er als Merkmale für die Gefährlichkeit einer Person u.a. das mangelnde Gefühl für die Schädlichkeit der eigenen Handlung für andere Menschen und den Mangel an

---

[1] Schiedt, R.

[2] Stutte, H., S. 567.

[3] Kozol, H. L., u a.

[4] Kozol, H. L., u.a., S. 383.

Mitgefühl. Wenn auch Kozols Methode ein sehr differenziertes Vorgehen erlaubt, um die von ihm gefundenen Gefährlichkeitsmerkmale diagnostisch zu verifizieren, täuscht sein Ergebnis doch nicht darüber hinweg, daß 60% der von ihm als gefährlich klassifizierten Personen nicht rückfällig wurden.

Eine zusammenfassende Darstellung statistischer Prognoseverfahren und die Darstellung eines Modells, das Elemente der statistischen Prognose und der Individualprognose verbindet, findet sich bei Wolff[1]. Seine Kritik an den bestehenden statistischen Verfahren bezieht sich auf den Mangel an theoretischen Grundlagen, darauf daß bestimmte Merkmale hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit der Rückfälligkeit untersucht wurden, um dann als verallgemeinertes Modell für Rückfälligkeit zu gelten. Es mangelt diesen Verfahren nach seiner Ansicht an Hinweisen auf ihren begrenzten Aussagewert. Grundsätzlich ist für ihn die statistische Prognosemethode die objektivere, wenn auch mit ihr immer nur wahrscheinliche Aussagen gemacht werden können und eben nicht kausale Zusammenhänge dargestellt werden, sondern statistische. Es geht Wolff nicht darum, anhand eines festgelegten und empirisch überprüften Modells der Kriminalität eine Prognose zu erstellen, sondern er versucht ein Verfahren zu entwickeln, das möglichst offen für viele soziale und individuelle Faktoren ist, die bezüglich ihrer Aussagekraft jeweils der statistischen Absicherung bedürfen.

Aufgrund der Trägheit der statistischen Methode, und ihres komplizierten und aufwendigen Instrumentariums, findet sie in der psychiatrischen Begutachtungspraxis nur wenig Anwendung. So werden in den hier zugrundeliegenden Gutachten prognostische Erwägungen auf dem Hintergrund der Individual- oder klinischen Prognose getroffen.

---

[1] Wolff, J., S. 4 ff.

Anhand einer Arbeit von Montandon[1] sollen daher nochmals die wesentlichen Kritikpunkte dieser Prognosmethode aufgeführt werden:
Dem Psychiater fehlt in seiner Begutachtungspraxis die Rückkopplung über die Richtigkeit seiner Prognose, wodurch er keine Gelegenheit hat, sein Instrumentarium zu überprüfen.

Die Chancen ein möglicherweise falsches Modell bezüglich der Gefährlichkeit zu revidieren sind daher gering, die Tendenz zum systematischen Fehler aufgrund mangelnder Objektivität groß.

Die Objektivität der Begutachtung unterliegt Einschränkungen durch die mangelnde Kontrolle von Gegenübertragungsmechanismen.

Um im Falle der nicht vorhergesehenen Gefährlichkeit eines Begutachteten keinen Angriffen aus der Öffentlichkeit ausgesetzt zu sein, ist die Zahl der ungünstigen Prognosen zu groß.

So verschiedenartig die genannten Ansätze zur prognostischen Beurteilung sein mögen, haben sie doch eines gemeinsam: Sie sind retrospektiv. Am Ende der von den Modellen berücksichtigten Kriterien steht die Kriminalität. Aufgrund ihrer Struktur können diese Modelle die in der Gegenwart und Zukunft liegenden Möglichkeiten der sozialen und persönlichen Veränderung nicht berücksichtigen. Es muß also die Gefahr gesehen werden, daß die Forderung nach der Prognose, die auf der vergangenen Entwicklung zur Kriminalität basiert, gar ihre Überbetonung in der Begutachtung, den Blick und die Suche nach Möglichkeiten einer Therapie erschweren.

---

[1] Montandon, L., S. 95.

Sieht man die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus als Konsequenz der prognostischen Unsicherheit und der Tendenz zur ungünstigen Prognose, wird deutlich, daß das Ausklammern prognostischer Erörterungen die Vermeidung der Unterbringung bedeuten kann.

6.2. Voraussetzungen der Prognose

In den Gutachten, in denen Angaben zur kriminologischen Prognose vorhanden waren, konnte eine deutliche Altersabhängigkeit festgestellt werden.

Alter
Kriminologische Prognose

	Alter $\bar{x}$	s	Anzahl
Günstig	46,1	18,7	8
Günstig bei Behandlung	25,9	6,5	16
Zweifelh./ungünstig	29,8	9,7	11
Total	31,8		35

$p = .0009$

Die Unterschiede sind hochsignifikant.

Die beobachtete Tendenz besteht darin, mit höherem Alter eine günstigere Prognose zu geben. Sieht man dagegen die Gruppe, in der die Prognose "günstig bei Behandlung" gestellt wird, die mit einem Altersmittelwert von 25,9 Jahren die jüngste ist, liegt die Vermutung nahe, daß der Gutachter geneigt ist, mit höherem Alter eine größere Stabilität vorauszusetzen, die eine Behandlung oder die Behandelbarkeit in den Hintergrund rückt.

Das Ergebnis, mit höherem Alter zu einer günstigeren Prognose zu tendieren, kann ergänzt werden durch die Abhängigkeit zwischen dem Alter bei dem ersten Kontakt mit Behörden wegen einer Straftat und der kriminologischen Prognose. Späte strafrechtliche Auffälligkeit geht mit

einer günstigen Prognose einher. Je jünger der Begutachtete zum Zeitpunkt seiner ersten strafrechtlichen Auffälligkeit war, desto ungünstiger wird seine Prognose. Hier scheinen sich Einflüsse auf die Prognosestellung auszuwirken, die schon seit langem Eingang in die Literatur zur Prognoseproblematik gefunden haben. So rechnet Stutte[1] den frühen "Beginn aktiver Verwahrlosung und krimineller Betätigung" zu den prognostisch ungünstigen Voraussetzungen. Ohne die Validität dieses Kriteriums zu diskutieren, sei die Frage gestellt, inwieweit das Aussprechen der ungünstigen Prognose lediglich affirmativen Charakter besitzt, zumal in dieser Untersuchung keinerlei Abhängigkeit zwischen dem Alter und vorgeschlagenen Behandlungsmöglichkeiten festgestellt werden konnte.

Alter bei erster strafrechtlicher Auffälligkeit

Krim. Prognose

	Anzahl	Alter $\bar{x}$	s
Günstig	6	42,0	21,4
Günstig bei Behandl.	15	22,0	5,0
Ungünstig/ zweifelhaft	10	21,7	7,7
Insgesamt	31	25,8	

p = .0012

Überprüft man das Ergebnis mit dem Kruskal-Wallis Test zeigt sich, daß ein Unterschied zwischen den Altersmittelwerten nur mit einer Fehlerwahrscheinlichkeit von 10% angenommen werden kann.

Bei der Betrachtung des Alters im Hinblick auf die Krankheitsprognose kehrt sich das Bild um. Bei Älteren ist die Krankheitsprognose häufiger ungünstig. Diesem Ergebnis mag

---

[1] Stutte, H., S. 567.

zugrunde liegen, daß in höheren Altersgruppen schlecht behandelbare, zur Chronizität neigende Erkrankungen dominieren.

Alter
Krankheitsprognose

	Anzahl	Alter $\bar{x}$	s
Günstig	10	24,7	5,8
Ungünstig	19	31,8	9,7
Zweifelhaft	8	30,9	10,6
Insgesamt	37	29,7	

Mann-Withney-Test

	Anzahl	Mittl. Rang
Günstig	10	10,65
Ungünstig	19	17,29
		p = .045

Keineswegs führt also die schlechte Krankheitsprognose zwangsläufig zu einer schlechten kriminologischen Prognose. Die ungünstige Krankheitsprognose der älteren Begutachteten müßte Anlaß sein, zu diskutieren, inwieweit der prognostisch schlechte Krankheitszustand hinsichtlich weiterer Straftaten Bedeutung erlangen kann. Stellt der Gutachter aber der schlechten Krankheitsprognose eine günstige kriminologische Prognose gegenüber, umgeht er die Diskussion der Voraussetzungen für eine mögliche Besserung oder Sicherung im psychiatrischen Krankenhaus.

Die Aufschlüsselung der Krankheitsdiagnosen nach dem Alter zeigt den deutlichen Altersunterschied bei hirnorganischen Störungen im Vergleich mit den übrigen Diagnosegruppen.

Alter
Medizinische Diagnose

	Anzahl	Alter $\bar{x}$	s
End. Psych.	25	32,9	12,3
Neurosen	24	37,5	11,1
Psych. sex. Abw. Oligo.	26	37,4	15,9
HoPS	18	57,4	15,9
Drogen	16	32,6	9,9
Andere	5	34,6	9,0
Insgesamt	114	38,8	

p = .000

Wie dieser Aufstellung zu entnehmen ist, dominieren im Alter die hirnorganischen Erkrankungen, die infolge ihrer Chronizität und der schlechten Behandelbarkeit eine ungünstige Krankheitsprognose zur Folge haben. Berücksichtigt man nun noch die Tatsache, daß Personen mit hirnorganischen Erkrankungen spät strafrechtlich auffällig werden, wie aus der folgenden Aufstellung zu entnehmen ist, verdeutlicht sich der Zusammenhang zwischen Erkrankung und strafrechtlichem Verhalten. Die Verbindung von schlechter Krankheitsprognose und günstiger kriminologischer Prognose gibt also einen Hinweis darauf, welcher Art die Vermeidung der Diskussion um eine mögliche Unterbringung sein kann.

Alter bei erster strafrechtlicher Auffälligkeit
Medizinische Diagnose

	Anzahl	Alter $\bar{x}$	s
End. Psych.	20	28,7	10,2
Neurosen	20	29,4	13,2
Psych. sex. Abw. Oligo.	25	29,0	13,9
HoPS	16	51,2	19,6
Drogen	11	25,8	9,3
Insgesamt	97	32,6	

p = .000

Anzumerken ist noch, daß erwartungsgemäß der Altersmittelwert Drogenabhängiger der niedrigste ist, diese also am frühesten strafrechtlich auffällig werden. Bei den jüngeren Altersgruppen ist eine größere Kongruenz zwischen schlechter Krankheitsprognose und schlechter kriminologischer Prognose festzustellen.

Bedeutung bei der prognostischen Beurteilung ist der Krankenvorgeschichte des Begutachteten beizumessen. Vorausgegangene stationäre psychiatrische Therapien sind häufig mit einer ungünstigen kriminologischen Prognose verknüpft. Wenn auch hier nicht differenziert werden kann, ob die vorangegangenen Therapien erfolgreich oder weniger erfolgreich abgeschlossen wurden, soll doch noch einmal festgestellt werden, daß ein nicht unerheblicher Teil des untersuchten Kollektivs längere Zeit psychiatrisch behandelt wurde. Die anläßlich des hier untersuchten Gutachtens festgestellte psychische Krankheit, läßt vorangegangene psychiatrische Therapiebemühungen jedoch eher erfolglos erscheinen. Wenn nun aber doch in der Mehrzahl der Fälle entweder die Unterbringung nicht empfohlen wird, oder die Diskussion der Voraussetzungen des § 63 StGB unterbleibt, muß vermutet werden, daß dieses Unterlassen mit dem Blick auf vorausgegangene erfolglose Therapien geschieht. Hier scheint sich für den Gutachter die Frage zu stellen, warum

die gerichtlich angeordnete psychiatrische Behandlung mehr Erfolg versprechen sollte als eine vorausgegangene freiwillige Therapie. In diesen Fällen ist das Risiko offensichtlich, daß die Maßnahmen nach § 63 StGB eher auf ein Verwahren als auf eine Besserung hinauslaufen würden.

Tab. 5

Beurteilung der kriminologischen Prognose unter Berücksichtigung vorausgegangener psychiatrisch-psychologischer Behandlungen (N = 34)

Vorausgegangene psychiatrisch-psychologische Therapie

	Kriminol. Prognose			
	Günstig	Günstig bei Behandl.	Zweifelh./ ungünstig	Zeilens.
Nein	5	3	2	10
Ambulant	0	1	0	1
Stationär	2	2	1	5
Ambulant/ Stationär	0	7	3	9
Läng. stat.	0	3	6	9
Spaltens.	7	16	11	34

p = .0296

6.3. Voraussetzungen der Diskussion von alternativen Behandlungsmöglichkeiten zum § 63 StGB

Bislang konnte bei der Betrachtung der Voraussetzungen von Krankheitsprognose und kriminologischer Prognose nur mittelbar geschlossen werden, welche Bedingungen der Umgehung des § 63 StGB zugrunde liegen. Die Auswertung der Gutachten, in denen explizite Vorschläge außerhalb des Rahmens des § 63 StGB erhoben wurden, erlaubt demgegenüber

unmittelbare Rückschlüsse auf die Hintergründe dieses Vermeidungsverhaltens.

Hier wie auch bei der Beurteilung der Prognose nimmt das Alter der ersten strafrechtlichen Auffälligkeit eine wichtige Position ein.

Alter bei erster strafrechtlicher Auffälligkeit
Alternativen der Unterbringung

	Anzahl	Alter $\bar{x}$	s
Sozialth. Maßn./ and. Maßregeln	7	18,6	3,4
Amb. Psychoth.	11	22,5	5,4
Stat. psychiat. Th.	5	18,8	3,9
Wohnheim/fam. Einbindung	4	37,3	23,9
Insgesamt	27	23	
		p = .0254	

Späte strafrechtliche Auffälligkeit geht mit Vorschlägen einher, die ein ärztliches Eingreifen weitgehend ausschließen.
Der Vorschlag, in ein Wohnheim zu ziehen, oder eine familiäre Einbindung zu fördern oder neu aufzubauen, unterstellt dem Begutachteten ein großes Maß an persönlicher Stabilität, die eine ständige professionelle Hilfeleistung nicht erfordert. Späte strafrechtliche Auffälligkeit legt dem Gutachter nahe, nicht nach der radikalen Änderung der Lebensverhältnisse des Begutachteten zu streben, da sie bisher keine kriminogenen Züge aufwiesen, sondern die vorhandenen zu stabilisieren. Eine andere Altersstruktur zeigt sich in den Fällen, in denen eine stationäre psychiatrische Therapie vorgeschlagen wurde. Mit einem Durchschnittsalter von 18,8 Jahren ist sie eine der jüngsten Gruppen. Es wurde hinsichtlich der kriminologischen Prognose bereits darauf hingewiesen, daß frühe strafrechtliche Auffälligkeit vom Gutachter als ein ungünstiges

Zeichen für die zukünftige Entwicklung gewertet wird. Die Konsequenz, das zeigt die vorausgegangene Aufstellung, liegt also in einschneidenderen Maßnahmen, wie einer stationären psychiatrischen Therapie, um dieser ungünstigen Entwicklung vorzubeugen. Beachtet werden soll aber, daß der Gutachter die stationäre psychiatrische Therapie, die mit der Einwilligung des Begutachteten durchgeführt werden soll, erfolgversprechender einschätzt als die gerichtlich angeordnete Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. Wenn der Gutachter in der freiwilligen stationären psychiatrischen Therapie den besseren Weg sieht, den zur Schuldunfähigkeit oder zur verminderten Schuldfähigkeit führenden Zustand zu bessern, ist dieser Umstand nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß dem Begutachteten das Stigma und die Unwägbarkeiten der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus erspart bleiben (s. Kap. 3.3.).

Ähnliche Gründe können dem Gutachter unterstellt werden, wenn er vorschlägt, auf sozialtherapeutische Maßnahmen oder eine andere Maßregel auszuweichen. Unter sozialtherapeutischen Maßnahmen sind jene Fälle zusammengefaßt, in denen der Gutachter, wissend daß die Maßregel nach § 65 StGB nicht durchgeführt wird, dennoch Maßnahmen, die eine ähnliche sozialtherapeutische Betreuung gewährleisten könnten als zweckmäßig betrachtet, oder in denen eine Zusammenarbeit mit sozial betreuenden Institutionen angestrebt wird. Der Begriff "andere Maßregeln" faßt Maßnahmen zusammen, wie z. B. die nach § 67b StGB (Aussetzen der Maßregel) oder die nach § 68 StGB (Führungsaufsicht).

Die Tatsache, daß bei früher Straffälligkeit überzufällig häufig restriktivere Maßnahmen, wie eine stationäre psychiatrische Behandlung oder eine Sozialtherapie oder eine "andere Maßregel" vorgeschlagen werden, kann ergänzt und dem Verständnis näher gebracht werden durch den Vergleich der Vorstrafenanzahl mit den vorgeschlagenen Alternativen.

Vorstrafenanzahl
Alternativen der Unterbringung

	Anzahl	Mittl. Rang	Vorstrafenanzahl $\bar{x}$	s
Sozialth. Maßnahm./andere Maßregel	7	20.07	4,1	2,5
Amb. Psychoth.	12	14,71	2,8	2,9
Stat. Psychiatr.	6	18,92	3,9	1,9
Wohnheim/fam. Einbindung	5	6,90	0,8	0,4
Insgesamt	30		2,9	

Kruskall-Wallis p = .049

In den Fällen, in denen Sozialtherapie, eine andere Maßregel oder eine stationäre psychiatrische Therapie vorgeschlagen werden, liegen die meisten Vorstrafen vor. Die These, daß bei früher Straffälligkeit eine geringere Stabilität im Hinblick auf das strafrechtskonforme Verhalten vorliegt, kann sich auf die häufigere Straffälligkeit dieser Gruppe stützen. Hier findet der Gutachter seine Rechtfertigung, einschneidendere Maßnahmen zu befürworten. Das umgekehrte Verhalten zeigt die Gruppe, in der Wohnheim oder familiäre Einbindung vorgeschlagen wird. Hier findet sich die geringste Anzahl an Vorstrafen. Neben der späten strafrechtlichen Auffälligkeit scheint diese Tatsache den Gutachter zu bewegen, weniger restriktive Behandlungen vorzuschlagen.

Bei der Diskussion von Zusammenhängen zwischen Vorstrafenanzahl und vorgeschlagener Behandlungsmöglichkeit als Alternative zur Anwendung des § 63 StGB scheint es sinnvoll, die Vorstrafenhäufigkeit der einzelnen medizinischen Diagnosegruppen zu untersuchen.

Es läßt sich feststellen, daß die Gruppe der Drogenabhängigen die größte Anzahl an Vorstrafen aufweist, gefolgt von der Diagnosegruppe Psychopathie, sexuelle Verhaltensabweichungen und Oligophrenie. Sehr wenige Vorstrafen konnten

in der Gruppe festgestellt werden, in der die Gutachten zur Diagnose endogene Psychose gelangten.

Ergibt sich auf der einen Seite, daß eine hohe Vorstrafenanzahl restriktive Behandlungsvorschläge zur Folge hat und auf der anderen Seite, daß überzufällig häufig Drogenabhängigkeit, Psychopathie, sexuelle Verhaltensabweichungen und Oligophrenie mit hoher Vorstrafenanzahl einhergehen, kann davon ausgegangen werden, daß der Gutachter eben diese Behandlungsvorschläge als adäquat für diese diagnostizierten Krankheitszustände ansieht.

Vorstrafenanzahl
Medizinische Diagnose

	Anzahl	Mittl. Rang	Vorstrafenanzahl $\bar{x}$	s
End. Psych.	24	42,98	1,6	1,5
Neurosen	23	56,22	2,8	2,6
Psychop. sex. Verhaltensabw./ Oligophrenie	25	59,8	3,8	4,2
HoPS	17	53,03	2,6	2,5
Drogen	13	72,69	5,3	5,1
Andere	5	22,4	0,4	0,9
Insgesamt	107		2,9	

Varianzanalyse P = .0092
Kruskall-Wallis p = .013

Betrachtet man die geringe Vorstrafenanzahl in der Gruppe der endogenen Psychosen und wertet diese als einen Parameter für die kriminologische Prognose oder die Gefährlichkeit dieser Gruppe, kann der Schluß gezogen werden, daß auch diese klassische psychiatrische Krankheit nicht ohne weiteres die Behandlung durch Einsperrung im psychiatrischen Krankenhaus nach § 63 StGB rechtfertigt.

Die folgende Tabelle soll veranschaulichen, wie die Diagnosegruppen bezüglich der strafrechtlichen Verantwortlichkeit gewertet werden.

Tab. 6

Strafrechtliche Verantwortlichkeit in Abhängigkeit von der medizinischen Diagnose (N = 103)

Strafrechtl. Verant.	Medizinische Diagnose						
	End. Psych.	Neurosen	Psy/sex/Oli.	hoPs	Drogen	andere	Zeilens.
§ 21 StGB	0	17	19	11	6	3	56
§ 20 StGB	25	7	7	7	10	2	58
Spaltens.	25	24	26	18	16	5	114

p = .000

Die Untersuchung, welche Voraussetzungen den bestimmten Alternativen zur Unterbringung zugrunde liegen ergab, daß der Bildungsstand ein Kriterium für den Vorschlag der Alternativen ist. Konnte bei der Schulausbildung kein Hauptschulabschluß erreicht werden, bevorzugt der Gutachter bei seinen Vorschlägen sozialtherapeutische Maßnahmen oder andere Maßregeln. Ist der Hauptschulabschluß erreicht, rücken ambulante Maßnahmen, die größere Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit voraussetzen und fördern weiter in den Vordergrund.

Alternativen der Unterbringung in Abhängigkeit von der Schulbildung (N = 31)

	Schulbildung		
Alternat. d. Unterbr.	niedrig	höher	Zeilens.
Soz.th. Maßn./ and. Maßregeln	7	2	9
Psychiatr. Behandlung	2	15	17
Wohnh./Fam. Einbindung	2	3	5
Spaltens.	1	20	31

p = .0036

Tab. 7

6.4. Hintergründe der Vermeidung der Diskussion des § 63 StGB

Bis hierher bezieht sich die Diskussion über die Vermeidung des § 63 StGB auf die positiv feststellbaren Fakten in den Gutachten, die nach der Feststellung der Schuldunfähigkeit oder der verminderten Schuldfähigkeit Hinweise auf die weitere Entwicklung des Begutachteten geben, bzw. Stellung nehmen im Hinblick auf eine weitere Behandlung.

Bisher konnte festgestellt werden, daß die Diskussion über die mögliche Anwendung des § 63 StGB durch die Feststellung einer günstigen kriminologischen Prognose unter bestimmten Umständen umgangen wird, oder durch die Relativierung einer ungünstigen Krankheitsprognose durch eine günstige kriminologische Prognose. Eine weitere Möglichkeit der Umgehung des § 63 StGB konnte in der Beschreibung des untersuchten Kollektivs gezeigt werden. Sie besteht darin, sich lediglich auf prognostische Aussagen zu beschränken und es dem Zufall zu überlassen, ob in foro die Frage nach der Unterbringung auftaucht, um diese dann im Nachhinein zu beantworten. Ferner wurde die Frage nach der Unterbringung vermieden, indem der Unterbringung Behandlungsalternativen entgegengestellt wurden, die sich nach Ansicht des Gutachters besser eignen, den psychisch kranken Straftäter zu rehabilitieren, bzw. durch die eine soziale Reintegration weniger gefährdet ist als bei der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus.

Nur wenige Gutachten nahmen allerdings, das wurde schon erörtert, sei es durch die Diskussion prognostischer Fragen, sei es durch die Nennung von Behandlungsmöglichkeiten, auf die zukünftige Entwicklung des Begutachteten einen direkten Bezug. Um dieses Vorgehen zu erklären, wurden Beurteilungskriterien entwickelt.
Auf diese Weise konnte untersucht werden, welche Merkmale des Begutachteten den Gutachter veranlassen, die Frage nach einer möglichen Unterbringung zu vermeiden.

Wie schon bei der Betrachtung der Hintergründe der Prognosestellung und der vorgeschlagenen Behandlungsalternativen, zeigen auch die Gründe aus denen solche Angaben in den Gutachten fehlen, die Bedeutung des Alters der ersten strafrechtlichen Auffälligkeit.

Alter bei erster strafrechtlicher Auffälligkeit

Gründe aus denen Angaben zu Prognose oder Therapie fehlen

	Anzahl	Mittl. Rang	Alter $\bar{x}$	s
Leichtes Delikt/ einmal. Vorkommnis	30	33,23	39,6	15,5
Keine Therapie erfolgversprechend	17	18,94	28,9	17,1
Behandlung erfolgt	7	39,21	44,0	10,3
Keine Diskussion wenn § 21 StGB n. ausgeschlossen	5	35,30	42,0	15,9
Insgesamt	59		37,3	

Varianzanalyse p = .0714

Kruskall-Wallis p = .014

Konnte mit der einfachen Varianzanalyse das 5%-Niveau nicht erreicht werden, erreicht das Verfahren nach Kruskal-Wallis ein erheblich niedrigeres Niveau der Fehlerwahrscheinlichkeit.

Die Ergebnisse können also dennoch dahingehend interpretiert werden, daß in der Gruppe, in der frühe strafrechtliche Auffälligkeit festgestellt wurde, der Gutachter dazu neigt, die Frage nach dem § 63 StGB zu vermeiden. Zwar hätte in diesen Fällen aufgrund der kriminologischen Entwicklung und der Entwicklung des Krankheitszustands die Frage nach der Unterbringung gestellt werden müssen; es läßt sich aber im Gutachten der Eindruck gewinnen, daß die Frage ausgeschlossen wird, da eine Therapie mit den Mitteln, wie sie bei der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus zur Anwendung kommen nicht erfolgreich erscheint.

Anhand dieses Ergebnisses wird nochmals deutlich, daß sich die in der Einleitung beschriebene therapeutische Hilflosigkeit des forensischen Psychiaters gerade gegenüber der Gruppe psychisch kranker Straftäter zeigt, für die der § 63 StGB als Mittel der Besserung und Sicherung

vom Gesetzgeber eingerichtet wurde. Oft liegt hinter dem früh strafrechtlich Auffälligen eine "Karriere" mehrerer ambulanter psychiatrischer oder psychologischer Therapien oder stationärer Behandlungen. Wenn diese therapeutischen Maßnahmen eine erneute Delinquenz nicht verhindern konnten, stellt sich die Frage, ob die gerichtlich angeordnete Unterbringung erfolgversprechender sein kann. Denn sie wird in einer Institution durchgeführt, die von Psychiatern stiefmütterlich behandelt, eine Randexistenz sowohl aus materieller als auch aus therapeutischer Sicht führt. Sieht der Psychiater, daß die Therapie der psychischen Krankheit nicht unbedingt strafrechtliches Wohlverhalten nach sich zieht, kann bei der Diskussion der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus der Gedanke der Besserung nicht ohne Einschränkung im Vordergrund stehen. Viel näher liegt hier der Gedanke, betrachtet man die Randexistenz der forensischen Psychiatrie im Rahmen der Gesamtpsychiatrie, daß sich der forensische Psychiater mißbrauchen lassen soll, um den "Unberechenbaren" psychisch kranken Straftäter von der Gesellschaft fernzuhalten.

Wie weit soll also das Verhalten des forensischen Psychiaters kritisiert werden, wenn er in Kenntnis seiner prognostischen Unsicherheit und den Unwägbarkeiten des Maßregelvollzugs einen Teil seiner Aufgaben in der Praxis der Begutachtung übersieht?

Bisher stützt sich die Diskussion um die Vermeidung der Frage nach dem § 63 StGB nur auf die Ergebnisse hinsichtlich der frühen strafrechtlichen Auffälligkeit. Auch im Zusammenhang mit der Anzahl der Vorstrafen kann der Eindruck gewonnen werden, daß der Gutachter die Unterbringung in bestimmten Fällen für nicht angebracht hält.

Vorstrafenanzahl
Gründe aus denen Angaben zu Prognose oder Therapie fehlen

	Anzahl	Mittl. Rang	Vorstr.anzahl $\bar{X}$	s
Leichtes Delikt/ einmaliges Vork.	33	30,55	2,7	2,7
Keine Therapie erfolgversprechend	18	42,36	4,4	4,4
Behandlung erf.	8	19,44	0,8	1,2
Keine Diskussion wenn § 21 StGB n. ausgeschlossen	5	30,80	1,8	1,3
Insgesamt	64		2,7	

Varianzanalyse P = .0202
Kruskall-Wallis p = .020

Dort wo die Vorstrafenanzahl am größten ist, vermeidet der Gutachter die Frage nach der Unterbringung, anstatt zu diskutieren, inwieweit ein Vorgehen auf der Grundlage des § 63 StGB sinnvoll erscheint.

Eine völlig andere Strategie verfolgt der Gutachter dort wo er späte strafrechtliche Auffälligkeit einerseits und eine geringe Vorstrafenanzahl andererseits feststellt. Hier vermag er im Verlauf seines Gutachtens herauszustellen, daß psychiatrische oder psychologische Behandlungsversuche eingeleitet sind oder bereits durchgeführt werden. Auf diese Weise entlastet er sich von der Aufgabe, die Voraussetzungen für eine etwaige Unterbringung zu erörtern.

Die Gründe für die Vermeidung prognostischer oder therapeutischer Aussagen differieren im Hinblick auf die Beurteilung der Schuldfähigkeit.

Tab. 8

Gründe fehlender Prognose oder Therapieangaben im Hinblick auf die strafrechtliche Verantwortlichkeit

Gründe aus denen Angaben zu Prognose oder Therapie fehlen

	Leichtes D./ einmal. Vork.	K. Therapie erfolgverspr.	Behandl. erfolgt	Bei § 21 StGB n. ausgeschl. k. Diskuss.	Zeilens.
Strafrechtl. Verantwortl.					
§ 21 StGB	22	6	1	5	34
§ 20 StGB	12	13	7	1	33
Spaltens.	34	19	8	6	67

p = .0054

In den Fällen, in denen der Gutachter die Voraussetzungen für Schuldunfähigkeit annimmt, vermittelt er den Eindruck, daß die Diskussion der Voraussetzungen des § 63 StGB überzufällig häufig aufgrund der wenig erfolgversprechenden Therapie im psychiatrischen Krankenhaus unterbleibt.

Wie oben bereits erwähnt, liegt im Falle völliger Schuldunfähigkeit die Frage nach der Behandlung des zugrundeliegenden psychischen Zustands (d. h. der Unterbringung) näher, als bei verminderter Schuldfähigkeit. Wenn nun aber eine Behandlung im Rahmen dieser Gutachten nicht erörtert wird, sollten doch prognostische Erwägungen erwartet werden. Da bei der Feststellung der Schuldunfähigkeit die Anwendung des Strafvollzugs ausgeschlossen ist, liegt in den Fällen von Behandlungsbedürftigkeit oder einer zweifelhaften kriminologischen Prognose die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus nahe.

Unterbleibt dennoch die Diskussion der Voraussetzungen für eine Unterbringung, kann dem Gutachter nicht das bloße Vergessen dieser Möglichkeit unterstellt werden, sondern es liegt die Vorstellung der bewußten Vermeidung dieser Diskussion näher. Hinter diesem Verhalten kann

seitens des Gutachters die Vorstellung vermutet werden, daß kompetentes Schweigen die richterliche Anordnung des § 63 StGB unwahrscheinlicher macht.

In diesem Zusammenhang muß auch die Frage gestellt werden, inwieweit es dem Gutachter darum geht, im Falle der Schuldunfähigkeit die "Straffreiheit" nicht zu gefährden. Straffreiheit muß in Anführungszeichen stehen, da die Anwendung des § 63 StGB nicht einer Bestrafung gleichkommt, sondern der Besserung und Sicherung dient. Nichtsdestotrotz wird die Unterbringung vom Untergebrachten als Strafe empfunden, die u. U. schwerer wiegt als die Bestrafung im Rahmen des Strafvollzugs. Zwei wesentliche Gründe seien hier noch einmal genannt. Die Unterbringung ist z. T. mit einem größeren Eingriff in die persönlichen Rechte des Untergebrachten verbunden als das Einsitzen in Strafvollzugsanstalten. Dem Strafvollzug liegt das Strafvollzugsgesetz zugrunde, so daß der Strafgefangene bezüglich der Ausführung des Vollzugs nicht der rechtlichen Grundlagen entbehrt. Ein Maßregelvollzugsgesetz existiert bislang nur in einigen Bundesländern. Der zweite Grund liegt in der Unbestimmtheit des Entlassungstermins aus der Unterbringung.

Die Vermeidung der Diskussion über eine mögliche Unterbringung des schuldunfähigen psychisch kranken Straftäters basiert aber nicht in allen Fällen auf der ungünstigen Einschätzung therapeutischer Möglichkeiten. In einigen Fällen umgeht der Gutachter diese Diskussion, indem er bei gegebener Schuldunfähigkeit im Verlauf seines Gutachtens herausstellt, daß eine therapeutische Betreuung außerhalb des psychiatrischen Krankenhauses gewährleistet ist.

7. Diskussion

Bevor die bis hierher vorgestellten Ergebnisse noch einmal im Zusammenhang diskutiert werden, sei die Fragestellung der Untersuchung rekapituliert.

Der Ausgangspunkt der Arbeit war die seltene Empfehlung des § 63 StGB bei vermindert schuldfähigen oder schuldunfähigen Straftätern. Untersucht werden sollten die Alternativen in der Begutachtung, die zur Vermeidung der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus führen. Anders formuliert könnte die Fragestellung auch lauten: Warum unterläuft der Gutachter durch seine Begutachtungspraxis das bestehende Maßregelrecht, indem er die Diskussion der Anwendung des § 63 StGB in den Fällen unterläßt, in denen die Voraussetzung für seine Anwendbarkeit möglicherweise gegeben sind?

Um diese Frage zu beantworten, wurde versucht, die Einstellung der forensischen Psychiater gegenüber den im psychiatrischen Krankenhaus untergebrachten psychisch kranken Straftätern und der Institution der Unterbringung nach dem Strafgesetzbuch zu charakterisieren. Die geschilderte Einstellung ist überwiegend von Ablehnung oder in günstigeren Fällen von Zurückhaltung bestimmt, deren Grund einerseits in dem halbherzigen gesetzlichen Rahmen des Maßregelvollzugs andererseits in den mangelhaften Therapiemöglichkeiten und -konzepten zu suchen ist.

Der ungenügende gesetzliche Rahmen der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus und die konzeptionelle Vernachlässigung der forensischen Psychiatrie innerhalb der Psychiatrie mißachtet den Gedanken der Spezialprävention, der der Reform des Maßregelrechts eigentlich zugrunde lag, indem der im psychiatrischen Krankenhaus untergebrachte psychisch kranke Straftäter in der Regel nicht gebessert, sondern aus der Gesellschaft ausgegliedert wird.

Wenn der Aspekt der Spezialprävention vom forensischen Psychiater auch nicht geleugnet wird, so zeigt doch die Praxis der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus eine Abkehr von diesem Gedanken insoweit, als die Empfehlung der Unterbringung nur dort gegeben wird, wo die Hoffnung auf eine Besserung in den Hintergrund gerückt ist und der Psychiater dem Recht der Gesellschaft auf Sicherung vor dem psychisch kranken "hoffnungslos Straffälligen" Rechnung trägt.

Was also bleibt vom Gedanken der Spezialprävention, wenn der Gutachter die Unterbringung nur im Sinne des generalpräventiven Anspruchs der Gesellschaft rechtfertigen kann, außer der Prävention?

Auf dem Hintergrund der Misere der Durchführung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus kann man nicht nur von dem Wohlwollen des Gutachters sprechen, der die Existenz des § 63 StGB in seinen Gutachten bewußt übersieht, sondern es gilt auch Kritik zu üben an der Psychiatrie, die eine Entwicklung von Behandlungsmöglichkeiten nur zögernd vorantreibt. Dieser Kritik geben W. Goudsmit und J. W. Reicher in dem Bericht über ein hoffnungsvolles Modell der sozialtherapeutischen Behandlung "Schwerstgestörter Delinquenten auf psychoanalytischer Grundlage"[1] Ausdruck: "Die Folge (des niedrigen Krankenhaustarifs eines psychiatrischen Krankenhauses) ist, daß wir mit unseren wissenschaftlichen Erkenntnissen und unseren praktischen Erfahrungen zwar theoretisch im Stande wären, eine recht große Anzahl von Delinquenten adäquat zu behandeln, Delinquenten, die zum Teil ein sehr ernstes soziales Risiko bilden; daß eine solche Behandlung jedoch wegen des Mangels an Geldern, wegen unzulänglicher Ausstattung und oft auch wegen fehlenden Fachpersonals in

---

[1] Goudsmit, W., Reicher, J. W., S. 247f.

den meisten Ländern überhaupt nicht möglich ist. Man kann der Schulpsychiatrie im allgemeinen den Vorwurf nicht ersparen, daß sie infolge jahrelanger Ablehnung und Leugnung der dynamischen und sozialen Aspekte die Entwicklung der gesamten Psychiatrie aufgehalten hat." Wie tief die Zweifel der therapeutischen Beeinflußbarkeit des psychisch kranken Straftäters auch in dieser Untersuchung wiegen - hier liegt ein wichtiges Ergebnis - zeigen die 2/3 des untersuchten Kollektivs, bei denen keinerlei prognostische Aussage zu erhalten war, bei denen sich der Gutachter mit der Diagnose des aktuellen Zustands begnügt.

Wird auch der Prognosebeurteilung mehr Gewicht beigemessen, sind die Hoffnungen von einigen Seiten doch zu weitgehend wenn man dort schreibt: "Aber auch die Prognosebeurteilungen, Fragen nach Rehabilitationschancen, Indikationsstellungen für eine Psychotherapie und Sozialtherapie außerhalb wie innerhalb sozialtherapeutischer Anstalten werden den forensischen Psychiater in Zukunft immer mehr beschäftigen. ...Ein Verharren in der bisherigen therapeutischen Inaktivität oder ein therapeutischer Nihilismus lassen sich in Zukunft nicht mehr vertreten. Auch der psychisch abnorme Rechtsbrecher hat auf ein breitgefächertes Behandlungsangebot Anspruch, welches somato-, psycho- und sozialtherapeutisch gleichermaßen ausgerichtet sein muß."[1]

Ebenso entspricht das hier vorgestellte Ergebnis nicht Schreibers wohlgemeinten Vorschlägen.
"Eine seiner (des forensischen Psychiaters)[2] wesentlichen Aufgaben sollte gerade die Mithilfe bei der Auswahl der geeigneten Sanktionen für den konkreten Täter sein, d. h. der Beitrag der psychiatrischen Sachverständigen hat im neuen, im erneuerten Strafrecht gerade auch prognost-

---

[1] Mende, W., 1974, S. 223.

[2] Einfügung vom Autor

ische Momente mit einzubeziehen, wenn Strafe über Vergeltung hinaus einen Zweck erfüllen soll. ...Schon im Rahmen des gegenwärtigen Rechts sollte der Psychiater den Richter nicht nur rückblickend zur Frage der Schuldfähigkeit beraten, sondern auch zur Frage der richtigen Sanktion."[1]

Die vorliegende Untersuchung zeigt, daß der eingangs zitierte Ehrhardt[2] die Möglichkeiten der Begutachtung unterschätzt, wenn er von der Zwangsläufigkeit einer Unterbringung bei Schuldunfähigkeit ausgeht. Er übersah die Möglichkeit der bewußten Ausklammerung des § 63 StGB bei der forensisch-psychiatrischen Begutachtung als einen entscheidenden Weg, den Maßregelvollzug zu umgehen.

Um neben diesem offensichtlichen Weg der Vermeidung der Frage nach dem § 63 StGB subtilere Vorgehensweisen des Gutachters zu finden, die zu einer Vermeidung der Diskussion des § 63 StGB führen, mußten in den Gutachten die verschiedenen persönlichen und sozialen Parameter des Begutachteten erhoben werden, um diese in einen Bezug zum prognostischen Vorgehen des Gutachters zu stellen. Der Zusammenstellung des untersuchten Kollektivs lag das Gutachtenmaterial des Instituts für forensische Psychiatrie der FU Berlin aus den Jahren 1980 und 1981 zugrunde. Es wurden aus diesen Jahrgängen alle Gutachten berücksichtigt, die zu dem Ergebnis verminderter Schuldfähigkeit oder Schuldunfähigkeit gelangten, in denen aufgrund der Dauer des diagnostizierten psychopathologischen Zustands eine erneute Delinquenz nicht ausgeschlossen war. Diese Gutachten wurden mit einem 32 Kriterien enthaltenden Erfassungsschlüssel aufgearbeitet und

---

[1] Schreiber, H.-L., 1978, S. 34.

[2] Ehrhardt, H., S. 386.

der Auswertung nach dem SPSS-System zugeführt.

Durch die so gewonnenen Parameter kann das untersuchte Kollektiv charakterisiert werden.

Über zwei Drittel der Begutachteten sind männlichen Geschlechts. Die Altersverteilung ist zweigipfelig, mit einem Gipfel in den Altersgruppen von 21 bis 30 Jahren und einem zweiten bei den 36- bis 45-Jährigen.

Zu beachten ist der hohe Anteil der Ledigen (über die Hälfte des untersuchten Kollektivs). Der Familienstand, als auch die Betrachtung der Entwicklung von schulischer und beruflicher Ausbildung lassen darauf schließen, daß die soziale Einbettung in die Gesellschaft bei der untersuchten Gruppe gering ist. Die Tatsache, daß über die Hälfte der Begutachteten ohne ausgeprägte familiäre Einbindung lebt und daß über ein Drittel aus dem Berufsleben zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits ausgegliedert ist, weist darauf hin, ungeachtet der Tatsache welche medizinischen Krankheitsbilder die Begutachtung ergibt, daß sich eine Therapie der Resozialisierung bzw. der sozialen Integration nicht auf eine Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus beschränken kann, daß im Gegenteil eine lange stationäre Behandlung bei den bestehenden Schwierigkeiten einer nachfolgenden Rehabilitation den Prozeß der sozialen Ausgliederung eher unterstützt als aufhält. Dieser Nebenbefund, der sich aus der Beschreibung der untersuchten Gruppe ergibt, verdeutlicht, daß die Behandlung des psychisch kranken Straftäters nicht nur eine Behandlung der psychischen Krankheit meinen kann. Hier liegt m. E. ein wesentlicher Grund, in dem der forensische Psychiater eine Überschreitung seines Aufgabenbereichs sieht, die sich in der Reserviertheit im Hinblick auf Behandlungsvorschläge äußert.

In diesen Tenor reiht sich ein, daß in einem Teil der Gutachten die Beschreibung der sozialen Entwicklung des

Begutachteten, die über die Beschreibung des beruflichen Werdegangs hinausgeht, nicht sehr ausführlich dargestellt wird.

Der Beschreibung der forensischen Anamnese wird breiter Raum gegeben. Angefangen beim Alter der ersten strafrechtlichen Auffälligkeit läßt sich feststellen, daß ein großer Teil der Begutachteten schon sehr früh auffällig wird. Das Ausmaß der kriminellen Vorgeschichte bleibt aber insofern begrenzt, als ein Viertel bei der Begutachtung noch keine Vorstrafen aufwies und ein weiteres Drittel ein bis dreimal vorbestraft war. Unter Berücksichtigung der Dauer der zeitlichen Vorstrafen läßt sich erkennen, daß es sich bei der untersuchten Gruppe nicht um hoffnungslos ausgegliederte Delinquenten handelt, die eine schwere Bedrohung für die Allgemeinheit darstellen. Dort wo ein gewisses "Gewohnheitsverbrechertum" festgestellt werden kann, handelt es sich bei den zugrundeliegenden Delikten fast ausschließlich um Vermögensdelikte. Die Gewaltverbrechen, die auf eine unmittelbare Gefährdung der Öffentlichkeit hinweisen, treten dagegen weit zurück; Tötungsdelikte können in dieser Untersuchung vernachlässigt werden. Wenn festgestellt wurde, daß entgegen dem eigentlichen Sinn der Besserung durch die Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus der Gutachter doch den Sicherungsgedanken in den Vordergrund rückt, erklärt das Spektrum der Delikte die geringe Zahl der Gutachten, in denen eine Empfehlung des § 63 StGB gegeben wird.

Die Verteilung der medizinischen Diagnosen auf die verschiedenen Krankheitsgruppen der psychotischen, neurotischen, psychopathischen, hirnorganischen Störungen und der Drogenabhängigkeit ist gleichmäßig, wobei das Festhalten an der Diagnose psychopathische Charakterstörung erstaunt.

In ihrer Krankenvorgeschichte weist ein Drittel der Begutachteten ein oder mehrere forensisch-psychiatrische Vorgutachten in anderen Strafsachen auf. Ferner haben sich zum Zeitpunkt der Begutachtung über zwei Drittel bereits einer psychiatrisch-psychologischen Behandlung unterzogen. Die Hälfte dieser Behandlungen erstreckte sich über einen längeren Zeitraum. Zwar kann über Art und Qualität der Vorbehandlungen keine Aussage getroffen werden, die erneute Delinquenz schränkt aber den Erfolg der Vorbehandlungen ein. Wenn also der forensische Psychiater in seinem Gutachten weitere Behandlungsmöglichkeiten diskutiert, kann er diese Diskussion nicht vorbehaltlos und im uneingeschränkten Vertrauen in seine Therapiemöglichkeiten beginnen.

Es kann auf diesem Hintergrund also nicht verwundern, wenn der Gutachter seine Krankheitsprognose nur mit äußerster Vorsicht stellt und dazu neigt, der ungünstigen oder zweifelhaften Prognose den Vorzug zu geben.

Weniger Vorsicht übt der Gutachter bei der Erstellung der kriminologischen Prognose. Werden bezüglich der Krankheitsprognose noch rund zwei Drittel der Fälle zweifelhaft oder ungünstig beurteilt, reduziert sich die Zahl der ungünstigen oder zweifelhaften kriminologischen Prognosen auf weniger als ein Drittel. Die Tendenz, die kriminologische Prognose eher günstig zu beurteilen ist m. E. Ausdruck der Zurückhaltung gegenüber der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus. Die ungünstige kriminologische Prognose könnte die Unterbringung zu nahe ins Blickfeld des Gerichts rücken. Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang aber, daß fast die Hälfte der kriminologischen Prognosen eingeschränkt günstig beurteilt wird; und zwar unter der Voraussetzung einer Behandlung. In diesen Fällen behält sich der Gutachter vor, unter Umgehung der Behandlungsmöglichkeit nach § 63 StGB, direkt alternative Behandlungsmöglichkeiten im Gutachten

zu beschreiben. Letztendlich enthält ein knappes Drittel der untersuchten Gutachten direkt ausgeführte Behandlungsalternativen.

Bis hierher kann also festgestellt werden, daß grundsätzlich drei Möglichkeiten in den Gutachten genutzt werden, um der Diskussion über die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus auszuweichen:

1. Die direkte Diskussion von Behandlungsmöglichkeiten für den psychisch kranken Straffälligen.
   Die Begehung dieses Weges, unter Berücksichtigung des therapeutischen Auftrags entspricht der Betonung einer zielgerichteten Besserung des psychisch kranken Straftäters, wie sie von Schreiber und Mende gefordert wird, ein Vorgehen, das nach ihrer Ansicht dem Anliegen des Maßregelrechts nach der Strafrechtsreform entspricht; allerdings unter Ausschluß der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus als nicht adäquate Behandlungsmöglichkeit.

2. Umgehung der Möglichkeiten einer Behandlung durch den Vollzug einer Maßregel durch das Unterlassen einer prognostisch ausgerichteten Diskussion.
   Dieses Vorgehen wird von forensischen Psychiatern gerechtfertigt mit dem Argument, daß therapeutische Vorschläge den Rahmen der Schuldfähigkeitsbegutachtung überschreiten, weist aber m. E. auf eine therapeutische Verweigerung hin.

3. Die Beschränkung der Diskussion auf die Feststellung von Krankheitsprognose und kriminologischer Prognose.

   Hier kann eine Tendenz zur vorsichtigen Krankheitsprognose festgestellt werden, die durch eine günstige oder eingeschränkt günstige kriminologische Prognose relativiert wird, so daß die Diskussion weitergehender Behandlungs- oder Betreuungsmaßnahmen überflüssig erscheint.

Die Frage welcher Weg vom Gutachter unter welchen Umständen bevorzugt wird, sollte durch die statistische Auswertung des Vergleichs zwischen Krankheitsprognose, kriminologischer Prognose, Alternativen der Unterbringung und den Gründen, aus denen prognostische oder therapeutische Erörterungen im Gutachten fehlen, mit den übrigen erhobenen Parametern beantwortet werden.

Zur näheren Ausführung der dritten oben genannten Möglichkeit der Umgehung der Diskussion des § 63 StGB kann festgestellt werden, daß ein hoch signifikanter Zusammenhang zwischen Alter und kriminologischer Prognose besteht. Je älter der Begutachtete desto größer ist die Tendenz zur kriminologisch günstigen Prognose. Eine ebenfalls günstige kriminologische Prognose ist wahrscheinlicher bei später strafrechtlicher Auffälligkeit.

Es stellt sich die Frage, was den Gutachter veranlaßt, bei älteren Begutachteten zur günstigeren kriminologischen Prognose zu tendieren, zumal er die Krankheitsprognose in höheren Altersgruppen eher ungünstig beurteilt. Die schlechte Krankheitsprognose läßt sich zurückführen, so zeigt der Vergleich zwischen medizinischer Diagnose und Alter, auf das Überwiegen von zur Chronizität neigenden Krankheiten. Erklärend sei hierzu bemerkt, daß ein großer Teil der älteren Begutachteten erst spät strafrechtlich auffällig wurde und der Gutachter in diesem Zusammenhang scheinbar unterstellt, daß die bisherige Lebenssituation des Begutachteten keine wesentlichen kriminogenen Elemente aufwies. Er zieht daraus den Schluß, daß man bei diesem Personenkreis von einer genügenden Stabilität ausgehen kann, die eine weitere Intervention nicht erforderlich macht. Der Gutachter übersieht aber bei diesem Vorgehen, daß bestimmte Umstände - möglicherweise das Auftreten der diagnostizierten Krankheit - dennoch zur strafrechtlichen Auffälligkeit geführt haben.

Hat der ältere Begutachtete die größere Chance kriminologisch günstig beurteilt zu werden, so verringert sich diese Chance mit abnehmendem Alter. In den jüngeren Altersgruppen wird die kriminologische Prognose häufiger eingeschränkt günstig beurteilt, unter der Voraussetzung einer durchzuführenden psychiatrisch-psychologischen Behandlung.

Die Einschränkung des therapeutischen Optimismus des Psychiaters durch die in ihrem Erfolg in Frage gestellte längere psychiatrische Vorbehandlung wurde schon erwähnt. In den Fällen, in denen eine längere stationäre psychiatrische Therapie vorausging wird die kriminologische Prognose ungünstig oder zumindest zweifelhaft beurteilt. Erwägt der Gutachter bei dieser Vorgeschichte keine weiteren Therapien, muß man vermuten, daß er mit den therapeutischen Mitteln, die ihm zur Verfügung stehen, für sich keine Zuständigkeit mehr beansprucht und die Diskussion über die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus unterlassen kann.

Drückt der forensische Psychiater seine Zuständigkeit in der Behandlung des psychisch kranken Straftäters durch die Diskussion von Behandlungsmöglichkeiten außerhalb des Rahmens der Unterbringung aus, kann festgestellt werden, daß bei früh strafrechtlich Auffälligen mit hoher Vorstrafenfrequenz einschneidende Maßnahmen vorgeschlagen werden. Hierunter fallen sozialtherapeutische Maßnahmen oder die kontrollierende Betreuung im Maßregelvollzug unter Ausschluß des § 63 StGB.

Durch den Vorschlag solcher Behandlungsmaßnahmen deutet sich ein Therapiekonzept von Dissozialität an, das gerade nicht darin besteht, den psychisch kranken Straftäter im psychiatrischen Krankenhaus zu isolieren und so seine Dissozialität noch zu verstärken, sondern soziale Zusammenhänge im Sinne einer Besserung zu reorganisieren.

Wenn als Alternative zur Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus auch die freiwillige stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus genannt wird, dann weil der Psychiater, wenn die Indikation zu einer stationären Behandlung gegeben ist, der weniger einschneidenden Therapie auf freiwilliger Basis größere Erfolgschancen einräumt.

Höheres Alter bei der Begutachtung, geringe Vorstrafenanzahl und höhere Schulbildung treffen überzufällig häufig mit Behandlungsalternativen zusammen wie ambulante Therapie oder Förderung der familiären Einbindung.

Dieses Vorgehen wird möglicherweise von der Vorstellung bestimmt, daß eine Therapie mit dem Ziel der Besserung nicht auf eine initiale, vollständige Umwandlung der Lebenssituation aufbauen kann, sondern unter Berücksichtigung vorgefundener persönlicher und sozialer Voraussetzungen erfolgen muß.

Abschließend soll der an zweiter Stelle genannte Weg der Vermeidung des § 63 StGB erläutert werden, der durch das Ausklammern der Erörterung von prognostischen Fragen oder Therapiemöglichkeiten gekennzeichnet ist. Es wurde zunächst versucht die Gründe zu beurteilen, die den Gutachter bewegten, diese Erörterung auszuklammern. Beim Vergleich dieser Gründe mit den übrigen aus dem Gutachten erhobenen Parametern konnte ein signifikanter Zusammenhang mit dem Alter bei der ersten strafrechtlichen Auffälligkeit festgestellt werden. Es zeigt sich, daß der Gutachter in Fällen früher strafrechtlicher Auffälligkeit den Eindruck vermittelt, daß therapeutische Bemühungen im Rahmen einer psychologisch-psychiatrischen Behandlung wenig erfolgversprechend sind.

Im Gegensatz dazu neigt der Gutachter in Fällen später strafrechtlicher Auffälligkeit dazu, herauszustellen, ohne direkt auf Therapie oder prognostische Fragen einzugehen, daß eine Behandlung bereits eingeleitet wurde.

Unter Berücksichtigung der Vorstrafenanzahl ergibt sich ein ähnliches Bild. Auch hier besteht seitens des Gutachters die Tendenz, den Entwicklungsweg des Begutachteten in einer Fatalität darzustellen, daß etwaigen Therapiebemühungen die Aussicht auf Erfolg genommen wird. Die Bejahung der Voraussetzungen des § 20 StGB ist ebenfalls überzufällig häufig in den Gutachten anzutreffen, die eine Therapie wenig aussichtsreich erscheinen lassen. Zusammengefaßt gehen also Voraussetzungen wie frühe strafrechtliche Auffälligkeit hohe Vorstrafenanzahl, Bejahung des § 20 StGB überzufällig häufig mit einer therapeutischen Verweigerungshaltung einher. Dies sind allerdings auch die Voraussetzungen, unter denen eine Unterbringung in Betracht gezogen werden müßte. Diese Gegenüberstellung führt zu dem Schluß, daß der forensische Psychiater gerade der Personengruppe, die die Voraussetzungen des § 63 StGB am besten erfüllt, den größten Widerstand entgegensetzt.

Die hier dargestellte Begutachtungspraxis der forensischen Psychiatrie bewahrt einerseits den psychisch kranken Straftäter vor dem Vollzug einer Maßregel, deren Vollzugsvoraussetzungen von vornherein eine Besserung in Frage stellen, andererseits wird durch diese Handhabung der Unterbringung im psychiatrischen Krankenhaus die forensische Psychiatrie zum Abstellgleis für psychisch kranke Straftäter, die ohne Hoffnung auf Besserung eingewiesen werden.

Wenn auch bei der Umbenennung der Maßregeln durch das zweite Strafrechtsreformgesetz die Voraussetzungen nicht gegeben waren, die es ermöglicht hätten, die Besserung des psychisch kranken Straftäters wirklich in den Vordergrund zu rücken, so ist letztlich auch die Bewertung der Unterbringung durch den forensischen Psychiater mitverantwortlich dafür, daß die Verwahrpflicht der forensischen Psychiatrie noch immer ihre Hauptaufgabe ist.

8. Zusammenfassung

Ausgangspunkt der vorliegenden Untersuchung ist die geringe Frequenz der Einweisungsempfehlungen nach § 63 StGB (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus) im Rahmen der Begutachtung der Schuldfähigkeit. Es sollte untersucht werden, welche Möglichkeiten in der Schuldfähigkeitsbeurteilung vom forensischen Gutachter genutzt werden, die Erörterung einer möglichen Unterbringung zu umgehen.

Der Untersuchung lagen 114 Gutachten aus dem Institut für Forensische Psychiatrie der FU Berlin zugrunde. Sie wurden in den Jahren 1980 und 1981 erstellt und sind im Hinblick auf die festgestellte Schuldunfähigkeit oder verminderte Schuldfähigkeit und der ihr zugrundeliegenden psychischen Störung dazu geeignet, die Anwendung des § 63 StGB zu erörtern.

Die Auswertung der lebensgeschichtlichen Daten ergibt ein Geschlechtsverhältnis von 3:1 (Männer: Frauen) und damit im Vergleich zu anderen Kriminalitätsstatistiken[1] eine Überrepräsentation des weiblichen Geschlechts. Auffällig ist im Vergleich mit der Berliner Bevölkerungsstatistik[2] der hohe Anteil der Ledigen.

Die Altersverteilung ist zweigipflig mit einem Gipfel bei den 21- bis 30-Jährigen und einem zweiten bei den 36 - bis 45-Jährigen. Bei den Angaben zum beruflichen Werdegang muß bemerkt werden, daß ein Drittel des untersuchten Kollektivs zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht oder nicht mehr berufstätig war.

---

[1] Göppinger, H., S. 376.

[2] Ergebnisse der Volks- und Berufszählung Berlin (West) am 27.3.1970, S. 53.

Bezüglich der forensischen Anamnese ist zu beachten, daß ein Viertel der Begutachteten noch keine Vorstrafen aufwies und ein weiteres Drittel ein- bis dreimal vorbestraft war. Bei den zur Begutachtung führenden Delikten handelt es sich überwiegend um Vermögensdelikte. Körperverletzungen fallen dahinter weit zurück, Tötungsdelikte brauchen nicht berücksichtigt zu werden. Die Dauer der verbüßten Freiheitsstrafen liegt bei ca. 40% innerhalb eines Jahres. In weiteren 40% wurden nicht freiheitsentziehende Strafen verhängt. In einem Drittel der Fälle wurden anläßlich anderer Straftaten bereits psychiatrische Gutachten erstellt. Die Hälfte der Begutachteten befand sich schon einmal in psychiatrisch-psychologischer Behandlung.

Aussagen zur Krankheitsprognose, zur kriminologischen Prognose und zu Behandlungsalternativen konnten nur jeweils in einem Drittel der Gutachten festgestellt werden. Die Krankheitsprognosen werden bei über zwei Drittel ungünstiger und zweifelhafter Prognosen sehr vorsichtig gestellt. Die kriminologischen Prognosen werden mit Einschränkungen in zwei Dritteln der Fälle eher günstig beurteilt. Mit abnehmender Häufigkeit werden als Behandlungsalternativen zur Unterbringung sozialtherapeutische Maßnahmen, ambulante Psychotherapie, stationäre psychiatrische Therapie und die Eingliederung in ein Wohnheim oder in die Familie angegeben. Die Unterbringung wird in sechs Fällen empfohlen.

Bei der Bearbeitung der Gutachten, in denen keine therapeutischen oder prognostischen Angaben enthalten waren, wurde in der Hälfte der Fälle der Eindruck gewonnen, daß diese Erörterungen aufgrund der Unerheblichkeit des zugrundeliegenden Delikts fehlten. In ca. 30% dieser Gutachten ergab sich das Bild der bewußten Vermeidung der Erörterung des § 63 StGB; in ca. 10% der Gutachten unter-

blieb diese Diskussion unter Herausstellung bereits laufender oder eingeleiteter Behandlungsmaßnahmen.

Bei der Untersuchung der Voraussetzungen für die Beurteilung der Krankheitsprognose, der kriminologischen Prognose und der Behandlungsalternativen konnte eine deutliche Altersabhängigkeit bei der Beurteilung festgestellt werden. Bei älteren Begutachteten findet sich eine eher ungünstige Krankheitsprognose der eine günstige kriminologische Prognose gegenübergestellt wird. Bei den Behandlungsalternativen überwiegen ambulante Maßnahmen oder Einbindung in ein Wohnheim. Das Bild wird bei den älteren Begutachteten ergänzt durch eine späte strafrechtliche Auffälligkeit und niedrige Vorstrafenanzahl. Bei jüngeren Begutachteten kehrt sich dieses Bild fast vollständig um. Hier wird frühe strafrechtliche Auffälligkeit festgestellt und eine höhere Vorstrafenanzahl. Die Krankheitsprognose wird eher günstig und die kriminologische Prognose wird unter der einschränkenden Bedingung einer Behandlung günstig gestellt. Bei den Behandlungsmöglichkeiten dominieren die stationäre psychiatrische Therapie und sozialtherapeutische Maßnahmen.

Bezüglich der Behandlungsalternativen läßt sich eine Abhängigkeit von der Bildung derart feststellen, daß die bessere schulische Bildung mit der Empfehlung freiwilliger psychiatrischer Behandlungen einhergeht, während die niedrigere Schulbildung die Empfehlung einer sozialtherapeutischen Behandlung wahrscheinlicher macht.

Bei der Untersuchung der Gutachten, in denen keine prognostischen Angaben oder therapeutische Vorschläge enthalten waren, konnte festgestellt werden, daß die Diskussion bewußt in solchen Fällen vermieden wurde, in denen frühe strafrechtliche Auffälligkeit und hohe Vorstrafenanzahl vorlagen und in denen bei der Schuldfähigkeitsbeurteilung die Voraussetzungen für den § 20 StGB angenommen wurden.

Grundsätzlich lassen sich also drei verschiedene Alternativen in der Vermeidung der Diskussion um eine mögliche Unterbringung feststellen:

1. Die Benennung konkreter Behandlungsalternativen unter Berücksichtigung der Behandlungserfordernisse des jeweiligen Falls,
2. die Begrenzung der Diskussion auf Krankheits- bzw. kriminalprognostische Aspekte,
3. die bewußte Vermeidung der Diskussion des § 63 StGB bei einem Teil der Begutachteten vor dem Hintergrund des zweifelhaften therapeutischen Erfolgs der Unterbringung für diesen Personenkreis.

Literaturverzeichnis

Albrecht, P. A.: Aspekte des Maßregelvollzugs im psychiatrischen Krankenhaus. MschrKrim 61 (1978), 104-126.

Baumann, J.: Resozialisierung und Rechtsgüterschutz. Deutsche Richterzeitung 48 (1970), 2-9.

Baur, F.: Besserung und Sicherung - Zur Problematik des Vollzugs der Maßregel der Besserung und Sicherung für psychisch kranke und süchtkranke Täter nach §§ 63 und 64 StGB. Strafverteidiger 2 (1982), 33-40.

Beek in der, M.: Zwangsunterbringung oder § 42b StGB. NJW 63, 2358-2361.

Bergener, M.: Neuorientierung der Behandlung psychisch Kranker? Gegenwärtige Situation und zukünftige Perspektiven der Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Rechtsbrecher. In: Bergener, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Rechtsstaat. Luchterhand, Neuwied und Darmstadt 1981, 172-188.

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik. Deutscher Bundestag, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200.

Böker, W., Häfner, H.: Gewalttaten Geistesgestörter. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1973.

Burgess, E. W.: Factors determining success or failure on parole. J. Crim. Law and Criminol. 19 (1928), 241.

BGH, GA (1965), 250.

BGH, NJW 51, 572.

BGH, NJW 51, 724.

BGH, NJW 55, 837.

BGH St 5, 140.

BGH St 5, 141-143.

BGH St 20, 232-233.

BGH St 27, 246-250.

Binsack, H. J.: Längsschnittuntersuchung bei nach § 42b StGB untergebrachten männlichen Anstaltspatienten. Diss. aus dem Zentrum für Rechtsmedizin, Uni. Frankfurt/M. 1973.

Cabanis, D.: Maßnahmen gemäß § 63 StGB. In: Eisen, G. (Hrsg.): Handwörterbuch der Rechtsmedizin. Bd. III. Enke-Verlag, Stuttgart 1977, 326-330.

Demuth, H.: Unterbringung und Freiheitsentziehung aus psychiatrischer Sicht. In: Lauter, H., Schreiber, H.-L. (Hrsg.): Rechtsprobleme in der Psychiatrie, Rheinland-Verlag Köln 1978, 62-69.

Drost, B. U.: Beschwernisse und Forderungen an ein Maßregelvollzugsgesetz aus der Sicht des Krankenhausträgers. In: Maßregelvollzug in einem psychiatrischen Krankenhaus. Tagung vom 3.-5. April 1981 in Schönburg - Ev. Akademie Hofgeismar, 25-41.

Ehrhardt, H.: Psychiatrie. In: Sieverts, R., Schneider, H. J. (Hrsg.): Handwörterbuch der Kriminologie. Bd. II, de Gruyter-Verlag, Berlin 1977, 344-403.

Ergebnisse der Volks- und Berufszählung in Berlin (West) am 27. Mai 1970, Bevölkerung und Erwerbstätigkeit in den Bezirken, Ortsteilen und städt. Gebieten (Gemeindestat.). Stat. Landesamt Berlin, Sonderheft 218, 3/74, Berlin 1974.

Göppinger, H.: Kriminologie. Beck'sche Verlagsbuchhandlung, München 1976.

Göppinger, H., Witter, H. (Hrsg.): Handbuch der forensischen Psychiatrie, Bd. I und II. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York 1972.

Goudsmit, W., Reicher, J. W.: Sozialtherapie schwerstgestörter Delinquenten auf psychoanalytischer Grundlage. In: Sigusch, V. (Hrsg.): Therapie sexueller Störungen, Thieme-Verlag, Stuttgart, New York 1980, 247-264.

Häger-Hofferberth, J.: Die Unterbringung nach § 42 StGB. Eine Untersuchung der in West-Berlin Untergebrachten und ihre Behandlung. Med. Diss., Berlin 1976.

Hallermann, W.: Über den Wandel des Psychopathiebegriffs. Dtsch. Z. ges. gericht. Med. 51 (1961), 588-594.

Hanack, E.-W.: Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus. In: Leipziger Kommentar zum Strafgesetzbuch. De Gruyter, Berlin, New York, 1979, 55-95.

Heinz, W., Korn, S.: Sozialtherapie als Alibi? Fischer Taschenbuchverlag, Frankfurt/M. 1973.

Heinze, H.: Erläuterungen zum Rahmenentwurf eines Maßregelvollzugsgesetzes. In: Lauter, H., Schreiber, H. L. (Hrsg.): Rechtsprobleme in der Psychiatrie, Rheinland-Verlag Köln 1978, 78-83.

Koch, H.-J.: Wann ist die Unterbringung eines Geisteskranken "erforderlich"? MDR 61, 1967, 561-563.

Kozol, H. L. u.a.: The diagnosis and treatment of dangerousness. Crime and Delinq. 18 (1972), 371-392.

Lauter, H.: Psychiatrische Überlegungen zum gegenwärtigen Maßregelvollzug. In: Lauter, H., Schreiber, H. L. (Hrsg.): Rechtsprobleme in der Psychiatrie, Rheinland-Verlag Köln 1978, 71-77.

Mende, W.: Gegenwärtige Situation und Entwicklungstendenzen in der forensischen Psychiatrie. Psychiatr. Praxis 1 (1974), 217-223.

Mende, W.: Aufgaben der forensischen Psychiatrie im Rahmen des Maßregelsystems des neuen Strafgesetzes. Nervenarzt 48 (1977), 248-252.

Montandon, C.: La dangerosité. Revue de la Littérature Anglo-Saxonne. Déviance et Société III (1979), 89-104.

Moser, T.: Repressive Kriminalpsychiatrie. Edition Suhrkamp 419, Suhrkamp-Verlag, Frankfurt/M. 1971.

Müller, H. W., Hadamik, W.: Die Unterbringung psychisch abnormer Rechtsbrecher. Nervenarzt 37 (1966), 67-76.

Müller-Dietz, H.: Rechtsfragen der Unterbringung nach § 63 StGB. NStZ 3 (1983), 145-152, 203-207.

Nieds. MVollzG. (Nieds. Gesetz- und GVBL Nieds. Verordnungsblatt) 36 (1982), 131-136.

Panse, F.: Das psychiatrische Krankenhauswesen. Thieme-Verlag, Stuttgart 1964.

Rasch, W.: Gerichtliche Psychiatrie. In: Ponsold, A. (Hrsg.): Lehrbuch der Gerichtlichen Medizin. Thieme-Verlag, Stuttgart 1967, 55-89.

Rasch, W.: Rezension von Moser "Repressive Kriminalpsychiatrie". Krim. J. 3 (1971), 284-287.

Rasch, W.: Forensische Sozialtherapie. Beiträge zur Strafvollzugswissenschaft Bd. 16. C. F. Müller Juristischer-Verlag, Heidelberg, Karlsruhe, 1977.

Rasch, W.: Angst vor der Abartigkeit. NStZ 2 (1982), 177-224.

Rasch, W.: Behandlungsvollzug oder Sozialtherapie. In: Gaertner, A. (Hrsg.): Konzepte zur Prävention und Behandlung des psychosozialen Elends. Luchterhand, Neuwied und Darmstadt 1982, 129-144.

Rasch, W., Kühl, K.-P.: Subjektives Leiden als sozialtherapeutisches Behandlungskriterium, - FPI-Ergebnisse bei Tätergruppen des § 65 Abs. 1 2. StrRG. MschrKrim 56 (1973), 237-245.

Ritzel, G.: Unterbringung nach § 63: Besserung oder Sicherung. MschrKrim 58 (1975), 182-189.

Ritzel, G.: Unterbringung und Wiedereingliederung psychisch kranker Rechtsbrecher. Habil.-Schrift für das Fach Psychiatrie an der Med. Fak. der Georg-August-Uni. Göttingen 1978.

Schiedt, R.: Ein Beitrag zum Problem der Rückfallprognose jur. Diss., München 1936.

Schlegel, H.: Der Rücktritt vom Versuch eines zurechnungsunfähigen Täters und die Unterbringung nach § 42b StGB. NJW 68, 25-26.

Schleswig-Holsteinisches Gesetz für psychisch Kranke (PsychKG) v. 26.3.1979. GVBL SchlH (1979), 251.

Schönke-Schröder: Kommentar zum Strafgesetzbuch. C. H. Beck-Verlag, München und Berlin 1980, 682-686.

Schreiber, H.-L.: Was heißt heute strafrechtliche Schuld und wie kann der Psychiater bei ihrer Feststellung mitwirken? Nervenarzt 48, (1977), 242-247.

Schreiber, H.-L.: Das Schuldstrafrecht nach der Reform. In: Lauter, H., Schreiber, H.-L. (Hrsg.): Rechtsprobleme in der Psychiatrie, Rheinland-Verlag Köln 1978, 29-37.

Schwarz, J., Wille, R.: § 51 StGB - gestern, heute und morgen. NJW 71, 1061-1065.

Stutte, H.: Die soziale Individualprognose bei verwahrlosten und kriminellen Jugendlichen. In: Trost, F. (Hrsg.): Handbuch der Heimerziehung. Diesterweg, Frankfurt/M. 1956.

Venzlaff, U.: Situation und Aspekte der Unterbringung psychisch kranker Rechtsbrecher ab 1.1.1975, nach dem 2. StrRG. Psychiatr. Praxis 1 (1974), 224-230.

Venzlaff, U.: Methodische und praktische Probleme nach dem 2. Strafrechtsreformgesetz. Nervenarzt 48 (1977), 253-258.

Venzlaff, U.: Der psychisch Kranke im Spannungsfeld zwischen Rechtsnorm und Behandlungsauftrag. In: Lauter, H., Schreiber, H.-L. (Hrsg.): Rechtsprobleme in der Psychiatrie, Rheinland-Verlag Köln 1978, 12-26.

Venzlaff, U.: Praktische Schwierigkeiten des Maßregelvollzugs ohne gesetzliche Regelung. In: Maßregelvollzug in einem psychiatrischen Krankenhaus. Tagung vom 3.-5. April 1981 in Schönburg. Ev. Akademie Hofgeismar 1981, 12-24.

Venzlaff, U., Schreiber, H.-L.: Der Maßregelvollzug - Stiefkind der Strafrechtsreform. In: Bergener, M. (Hrsg.): Psychiatrie und Rechtsstaat. Luchterhand, Neuwied und Darmstadt 1981, 189-199.

Wolff, J.: Die Prognose in der Kriminologie. In: Schaffstein und Schüler-Springorum (Hrsg.): Kriminologische Studien Bd. 7. Otto Schwartz & Co.-Verlag, Göttingen 1971.

Wolfslast, G.: Die Regelung der Schuldfähigkeit im StGB. JA 1981, 464-470.

Wünnerlein, H.: Katamnestisch psychopathologische Längsschnittuntersuchung an Straftätern die nach § 42b StGB untergebracht worden sind. Med. Diss., Kiel 1979.

Herrn Prof. Dr. Wilfried R a s c h danke ich für das Thema meiner Arbeit, für die hilfsbereite Unterstützung und Betreuung bei ihrer Durchführung.

Lebenslauf:

Name:	Ernst Wilfried Polzin
Geb.:	14.12.1958 in Frankenberg/Eder
Schulbildung:	1965-1968 Grundschule Bromskirchen
	1968-1969 Hauptschule Allendorf/Eder
	1969-1975 Realschule Frankenberg/Eder
	1975-1978 Edertalgymnasium Frankenberg/Eder
	1978 Erwerb der allgemeinen Hochschulreife
Studium:	1978-1980 Studium der Humanmedizin an der Philipsuniversität Marburg/Lahn
	1980-1984 Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin
Staatsexamen:	31. Oktober 1984
Approbation:	06. November 1984